PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

REDAKTOR GŁÓWNY i ODPOWIEDZIALNY:

Prof. Dr. Leon BLUMENSTOK.

Rok XXIV. – 1885.

Kraków.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO,
w Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Anatola Maryana Kosterkiewicza.
1885.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XXIV. „Przeglądu Lekarskiego".

(Liczby oznaczają strony).

I. Spostrzeżenia i opisy przypadków zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

II. Inne prace oryginalne.

III. Odcinek.

IV. Piśmiennictwo lekarskie.

V. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw lekarskich.

VI. Sprawozdania.

VII. Wiadomości pomniejsze.

VIII. Nekrologija.

IX.

Spis Autorów prac oryginalnych i rozbiorów krytycznych.

Spis Autorów, z których prac podano oceny i sprawozdania.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa. w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia,

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 3 stycznia 1885. № 1. Rok XXIV.

†

GUSTAW PIOTROWSKI

Dr. med., Prof. fizyjologii, Dziekan i b. Rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego, Członek czynny Akademii Umiejętności i Tow. lek. krak. itd. itd.

W wiliją noworoczną zgasł po długich cierpieniach w sile wieku Dr. Gustaw Piotrowski, tegoroczny Dziekan Wydz. lek. Od kilku miesięcy ciężkie schorzenie kazało obawiać się zajścia niepomyślnego, a mimo to na wiadomość, że obawa ziściła się, ogarnął wszystkich lekarzy smutek niewysłowiony, bo téż wszyscy prawie jesteśmy albo kolegami albo uczniami profesora, przedwcześnie zmarłego dla nauki i rodziny. Dziwne zaiste i nieodgadnione są przeznaczenia ludzkie! Rzadko komu w świat wstępującemu los uśmiechał się tak, jak śp. Piotrowskiemu. Syn jedyny majętnych i poważanych rodziców, starannie wychowany, zaledwie ukończywszy nauki w Wiedniu pracuje razem z Czermakiem w Krakowie, następnie pod okiem Helmholza i Bunsena w Heidelbergu, a zebrawszy obfity zasób wiedzy nietylko w fizyjologii, ale i w matematyce wyższéj, fizyce i chemii, w 27 roku życia powołany zostaje na katedrę fizyjologii w Krakowie. Profesor młodziutki, tak wszechstronnie przygotowany, niezależne mający stanowisko, rokuje najświetniejsze nadzieje i w rzeczy saméj nietylko kilka pokoleń lekarskich zawdzięcza mu wykształcenie swoje fizyjologiczne, ale liczne prace jego i uczniów, ogłoszone tak w języku polskim jakotéż niemieckim, dają niezbity dowód pilności, gorliwości, a co ważniejsza, zdolności kierowania tak ważnym zakładem, jakim jest fizyjologiczny. Zaufaniem współobywateli zaszczycony zasiadał przez lat kilka w Radzie Państwa jako poseł; odtąd atoli zawistny los, jakoby zazdroszcząc mu powodzenia dotychczasowego, nie przestał go smagać bez litości: śmierć wiele obiecującego, najstarszego syna, choroby i utrata majątku, — zdolne złamać niejednego, tłumaczą dostatecznie zwolnienie energii, które w ostatnich latach spostrzegać się dało u nieboszczyka. Litując się nad losem jego nie przestajemy ubolewać nad dolą własną: przez śmierć przedwczesną Piotrowskiego uniwersytet nasz doznał straty dotkliwéj, tém dotkliwszéj, o ile w naszych biednych stosunkach nie tak prędko powetować się dającéj — a my wszyscy, bliżsi i dalsi jego koledzy, straciliśmy przyjaciela i zawsze chętnego doradzcę, który nigdy i nikomu pomocy swéj nie odmawiał, dla starszych i młodszych jednako był przystępnym i uprzejmym, w Senacie akad. i w Wydziale lek. zawsze przestrzegał interesów wszechnicy, a jako dziekan spokojem i bezstronnością umiał godzić ścierające się ze sobą zdania. Mimo rozległéj wiedzy, któréj mu wielu pozazdrościć mogło, odznaczał się wielką skromnością i prostotą; przyjaciel młodzieży starał się zawsze i wszędzie o jéj dobro, zacny patryjota powodzenie literatury ojczystéj zawsze miał na oku. Pod przytłumiającém wrażeniem świeżego zgonu nie pora rozwodzić się nad licznemi jego zasługami naukowemi; wywiąże się z tego zadania wdzięcznego pióro zawodowe; — nateraz uiszczamy się z długu, ciążącego na nas, reprezentantach jednego z pism lekarskich polskich, aby na mogile pracownika zasłużonego koło piśmiennictwa naszego, złożyć hołd uznania i wdzięczności. Strudzonemu i ciężko doświadczonemu wędrownikowi niechaj ziemia będzie lekką, pamięć zdolnego badacza i nauczyciela śród nas nigdy nie zaginie!

I. O rozmaitości form uwiądu rdzenia pacierzowego.

Napisał prof. Adamkiewicz.

Podczas gdy uwiąd rdzenia pacierzowego przedstawia pod względem klinicznym jeden z najlepiéj znanych obrazów chorobowych, pod względem anatomicznym stanowi jeszcze przedmiot w wielu punktach sporny. Nie w tém wprawdzie znaczeniu, aby dzisiaj którykolwiek z patologów wątpił o tém, że uwiąd rdzenia pacierzowego polega na anatomicznéj zmianie powrózków tylnych, lecz z tego względu, że zapatrywania o przyrodzie i istocie tych zmian nie są dotychczas jeszcze zupełnie jasne i ponieważ nie powiodło się jeszcze obfitego zapasu faktów ująć pod jedno wspólne pojęcie, któreby w zadowalający sposób mogło uczynić zadosyć wszystkim wymogom wiedzy.

Nie można przytém jednak pominąć téj uwagi, że poznaniu istotnéj przyrody uwiądu rdzenia pacierzowego stały na przeszkodzie niektóre nadużycia krytyki; i tak z jednéj strony metoda odmawiania prawdy wszystkim cudzym, chociażby bardzo gruntownie wykazanym faktom, skoro one tylko nie licowały z poglądem na własnych doświadczeniach opartym, z drugiéj zaś strony żyjąca z tradycyj i w nich zatopiona mądrość szkolna pewnych podręczników naukowych, a nielubiąca stąpać po niewygodnéj drodze nowoutorowanych poglądów. Nie mniéj szkodliwie działała w tym kierunku okoliczność, że znane fakty starano się przykroić według schematu właśnie w modzie będącego i w téj postaci jeszcze nieudowodnionéj hypotezy wymusić dla nich obywatelstwo pośród nauk, uważanych za prawdziwe.

Abyśmy sami nie zabłąkali się na jednę z tych błędnych dróg, zechciejmy śledzić z zupełną swobodą fakty, które nam poniżéj do usług stoją, ocenić bezstronnie ich znaczenie i zbadać, czy tłumaczenie owych faktów jest słuszne.

---

1) W 10ym tomie Archiwu dla psychijatryi i chorób nerwowych (*Archiv. f. Psychiatr. u. Nervenkrankhtn.* Heft 3) opisałem zmiany anatomiczne w tylnych powrózkach rdzenia pacierzowego chorego na uwiąd, któreto zmiany zbaczały w uderzający sposób od zwykłego schematu podanego dla zwyrodnień uwiądowych.

Zamiast rozlanego zwyrodnienia włókien nerwowych w powrózkach Golla i Burdacha przedstawiał mój przypadek ostro odgraniczone pasma nowowytworzonéj tkanki łącznéj obfitującéj w jądra. Z przebiegu i ułożenia owych pasm musiałem wysnuć wniosek, że zostawały one w związku z tętniczemi gałązkami naczyń przebiegających w tylnych powrózkach i że były zatém przyrody śródmiąższowéj.

To zapatrywanie, będące w sprzeczności z panującą wiarą o czystomiąższowéj przyrodzie uwiądu rdzenia pacierzowego należało poprzeć ile możności gruntownym dowodem, aby wykazać jego słuszność.

Każdy wolny od wszelkiéj stronniczości przyzna, że pewniejszego dowodu na wykazanie prawdziwości powyższego zapatrywania nie można było dostarczyć jak przez udowodnienie, że opisane pasma zwyrodniałe odpowiadają rzeczywiście tętniczym naczyńkom rozgałęziającym się w tylnych powrózkach.

Dowód ten powiódł mi się w nadspodziewanie pewny sposób. Mogłem bowiem wykazać, że każdemu z opisanych pasem zwyrodniałych odpowiada ściśle określone naczyńko tętnicze i że całéj sieci zwyrodnień odpowiada sieć tętniczek, która w każdym rdzeniu i w każdéj jego wysokości zbudowaną jest zawsze według jednego i tego samego, stałego wzoru. W ten sposób można było na podstawie zwyrodnień uwiądowych przepowiedzieć do pewnego stopnia unaczynienie tylnych powrózków.

Nadto można było wykazać, że w zadowalający sposób dadzą się wytłumaczyć pewne charakterystyczne właściwości zwyrodnień uwiądowych, jeżeli przypuścimy śródmiąższową przyrodę niektórych zwyrodnień uwiądowych, a mianowicie możemy bez trudu wyjaśnić z jednéj strony ograniczenie się sprawy chorobowéj wyłącznie tylko na powrózki tylne, a z drugiéj strony rozszerzenie się zmian chorobowych na tylne odcinki powrózków bocznych.

Mimo to sądzi wydawca pewnego podręcznika naukowego (porównaj Eichhorst: *Handb. der speciellen Pathologie und Therapie.* Wiedeń i Lipsk 1883, str. 497), że wnioski przezemnie wysnute zostają „w szczególnym niestosunku" do faktów przezemnie przytoczonych. Nie potrzebuję wcale odpowiadać na tak rozluźnioną wolność pisarską i na tak proste zaprzeczenie prawdziwości wykazanych przezemnie faktów, a za to wolę raczéj wskazać na nowo uczynione spostrzeżenie, które może służyć za podstawę śródmiąższowéj formy uwiądu rdzenia pacierzowego, a mianowicie spostrzeżenie, że niektóre rdzenie ludzkie posiadają już w stanie prawidłowym silniéj rozwiniętą tkankę łączną w obszarze tętniczek rozgałęziających się w tylnych powrózkach, a w szczególności w obszarze tętniczek zwanych przezemnie *Aa. interfuniculares.* Możebną jest rzeczą, że sąto właśnie te przypadki, które są skłonne do śródmiąższowego zwyrodnienia uwiądowego.

Jak mało uzasadnionym był zarzut podniesiony przez mych przeciwników, okazało się w ostatnich czasach. Francuscy bowiem autorowie stwierdzili nie tylko istnienie przypadków uwiądu śródmiąższowéj przyrody, lecz wykazali nadto mianowicie Ballet (*Arch. de Neurologie,* Nr. 18, 1884) zmiany w ścianie naczyniowéj. Młodsza szkoła Charcota jest tego zdania, jak się to sam w czasie ostatniego mego pobytu w Paryżu przekonać mogłem, że istnieje tylko ta moja forma uwiądu. Na poparcie tego zdania przedstawiono mi przypadek wielkiego tętniaka aorty z równoczesnym uwiądem rdzenia pacierzowego, wskazując, że tętniak był przyczyną rozwinięcia się uwiądu. Nie potrzebuję się nad tém długo rozwodzić, aby wykazać, że takie pojmowanie rzeczy jest niewłaściwém, gdyż przy tak często zdarzających się wadach serca i zaburzeniach w krążeniu musiałyby się w ogólności wspomniane choroby częściéj wikłać z uwiądem rdzenia pacierzowego. Mojém zdaniem przydarza się przeciwnie forma miąższowa uwiądu nierównie częściéj, niż forma śródmiąższowa, a zdanie to postaram się właśnie w niniejszéj pracy gruntowniéj uzasadnić.

2) Faktem jest daléj, że sprawa uwiądowa nie jest zawsze przyrody śródmiąższowéj. W większéj części przypadków rozpoczyna się sprawa chorobowa nie w tkance łącznéj lecz w nerwach; zwyrodnienie jest zatém w takich razach przyrody miąższowéj. W przeważnéj bowiem części przypadków uwiądu rdzenia pacierzowego nie są powrózki tylne poprzerzynane pasmami nowowytworzonéj tkanki łącznéj, lecz są zajęte już to przez rozlane, już téż przez ograniczone ogniska zwyrodniałe, które nie zostając w żadnym związku z naczyniami, muszą być

uważane za skutki procesu degeneracyjnego, odbywającego się w samych włóknach nerwowych, jak to wskazują opisy Leydena [1]) o uwiądowo-zwyrodniałej tkance.

O przyrodzie miąższowego zwyrodnienia uwiądowego istnieją obecnie dwa różne zapatrywania.

Według zapatrywania jednych, na czele których stoi Leyden, rozchodzi się tu o zwyrodnienie nerwów, ograniczające się do obszaru powrózków Golla i Burdacha, a więc o zwyrodnienie, dające się tylko anatomicznie określić. Uwiąd rdzenia pacierzowego, powiada Leyden, należy tylko w tém znaczeniu jako „schorzenie systemu" uważać, że przez system rozumie się grupę włókien nerwowych, identycznie przebiegających w pewnych odcinkach rdzenia pacierzowego.

Zobaczymy wkrótce, że według ówczesnego stanu nauki należy tę definicyję uwiądowego zwyrodnienia nerwów uważać za jedynie słuszną.

Według drugiego zapatrywania jest uwiąd rdzenia pacierzowego schorzeniem systemu we właściwém znaczeniu tego słowa. Przypuszcza się nadto, że sprawa uwiądowa nagabuje tylko te drogi nerwowe w tylnych powrózkach, które nie tylko pod względem anatomicznym mają jednaki przebieg, lecz które pod względem fizyjologicznym posiadają także jednakie znaczenie. Te tylko bowiem grupy dróg rdzeniowych tworzą system, u których, jak np. u dróg pyramidalnych, układ anatomiczny i zadanie fizyjologiczne nawzajem się pokrywają.

Reprezentantem zapatrywania, że uwiąd rdzenia pacierzowego jest schorzeniem systemu, jest Strümpell: (*Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten.* Berlin 1882). Zapatrywanie to popiera on następującemi wynikami swych anatomicznych badań:

W części piersiowéj rdzenia pacierzowego podpadają najprzód chorobie dwa wąskie pola „uwydatniające swą oddzielność jako system przez to, że zajmują tę okolicę, z któréj wychodzą włókna do rogów tylnych." Równocześnie ulega schorzeniu wąski środkowy pas wzdłuż tylnego rowka.

W części lędźwiowéj rozpoczyna się zwyrodnienie w środkowym obszarze tylnych pasów korzeniowych (*Wurzelzone*), natomiast pozostają przez długi czas nietkniętemi, części przednie (przy spoidle) i tylne (przy brzegu rdzenia) tylnych powrózków. A nawet w tych przypadkach, w których z czasem uległy tylne części zwyrodnieniu, pozostaje przecież owalne lub trójkątne pole obok linii środkowéj, które opiera się nadzwyczaj długo zwyrodnieniu, szerzącemu się w około w obszarze powrózków tylnych.

W części szyjnéj ulegają zwyrodnieniu tylne pasy korzeniowe i powrózki Golla, w tych ostatnich wyrodnieją wcześniéj tylne części niż przednie. Tylne zewnętrze i przednie boczne pola pozostają, podobnie jak w części lędźwiowéj, przez długi czas nienaruszone.

Stale mają jeszcze przydarzać się następne zmiany: zmiany w szaréj istocie tylnych rogów i zanik tylnych korzeni.

Na podstawie tych faktów, stwierdzonych w 10 przypadkach uwiądu rdzenia pacierzowego, wnioskuje Strümpell, że uwiąd rdzenia pacierzowego jest chorobą systemu, a na poparcie tego twierdzenia przytacza następne główne dowody:

1) Tylne pasy korzeniowe tworzyły oczywiście system ze względu na ich związek z tylnemi włóknami korzeniowemi, wchodzącemi i wychodzącemi z ich obszaru.

2) Powrózki Golla przedstawiają również system, a ich schorzenie w uwiądzie jest pierwotném a nie następowém zwyrodnieniem.

3) Uwiąd rdzenia pacierzowego łączy się nie rzadko ze zwyrodnieniem dróg piramidalnych bocznych, o których oddzielnym systemie nikt nie wątpi.

A wreszcie 4) pozostaje często owalne lub trójkątne pole tuż obok tylnego rowka zupełnie zdrowém wśród obszaru zwyrodniałego. A ponieważ uwiąd rdzenia pacierzowego oszczędza owalne pole, stanowiące oczywiście przecie system, musi przeto uwiąd stanowić chorobę systemu.

Tym wywodom można zarzucić co następuje:

Pojęcie systemu wymaga wykazania fizyjologicznéj i anatomicznéj równoznaczności dróg identycznie przebiegających w rdzeniu pacierzowym. O fizyjologiczném znaczeniu powrózków Golla i Burdacha nie posiadamy atoli do dnia dzisiejszego choćby w przybliżeniu dokładnéj znajomości.

Strümpell (l. c. str. 766) sam przyznaje, że nasze dzisiejsze wiadomości nie wystarczyły, aby módz rozstrzygnąć, czy pola występujące w uwiądzie w tylnych powrózkach już to jako chore, już téż jako zdrowe, odpowiadają istotnie systemom. Mimo to popełnia niekonsekwencyję, nazywając schorzeniem systemu schorzenie włókien, o których sam wspomina, że nie wie, czy one należą do jednego systemu.

Również w jego sposobie dowodzenia nie ma wymownego dowodu dla słuszności jego zapatrywań.

Jeżeli obszar pasów korzeniowych ulega częstemu i symetrycznemu zwyrodnieniu, to nie ma w tém jeszcze nic charakterystycznego dla schorzenia systemu. Przecież obszar pasów korzeniowych odpowiada dokładnie obszarowi przezemnie opisanych tętniczek, zwanych *Aae. cornuum posterior. posticae*, z których obrębu bardzo łatwo wziąć mogą początek zmiany śródmiąższowe. A ponieważ w ogólności wszystkie naczyńka tylnych powrózków ułożone są symetrycznie i mogą dać początek zwyrodnieniom śródmiąższowym, to nie jest rzeczą dozwoloną, z li tylko symetrycznego położenia ograniczonych pól zwyrodniałych znajdujących się w tylnych powrózkach wysnuwać dalekie wnioski o przyrodzie tych zwyrodnień.

Tylko histologiczny rozbiór pól zwyrodniałych i bezpośrednie i niewątpliwe wykazanie pierwotnego wytworzenia się tkanki łącznéj, a względnie pierwotnego zwyrodnienia nerwów uprawnia nas do rozstrzygnięcia téj kwestyi.

Strümpell jednak nie dostarczył nam tego histologicznego rozbioru.

Że powrózki Golla ulegają często zwyrodnieniu, nie dowodzi to jeszcze wcale, aby uwiąd rdzenia pacierzowego był chorobą systemu, ponieważ schorzenie powrózków Golla nie stanowi jeszcze uwiądu rdzenia pacierzowego. Według zdania znakomitych badaczy, np. Pierreta, schorzenie powrózków Golla nie należy wcale do istoty uwiądu. Zwyrodnienie powrózków Golla nie może więc określać przyrody uwiądu rdzenia pacierzowego. Pomijając nawet tę okoliczność, to pojmowanie uwiądu jako choroby systemu nie opiera się wcale na faktach naukowo udowodnionych.

Również fakt, że zwyrodnienie uwiądowe tylnych powrózków łączy się czasem z istotném schorzeniem syste-

[1]) Ustęp: Tabes dorsualis w „Real-Encyklop. der Ges. Heilkunde." Tom 13 Wiedeń i Lipsk 1883. str. 369. „Tkanka podstawowa (zwyrodniała) przedstawia delikatniejszą, siatkowatą budowę, a na krzywo ciętych skrawkach wygląda dosyć często jak falista tkanka łączna, uboga jednak zawsze w jądra."

mu, nie dowodzi wcale systematycznego charakteru, gdyż ogniskowe stwardnienie rdzenia (*sclerosis multiplex)* łączy się czasem równocześnie ze zwyrodnieniem dróg piramidalnych.

A jeżeli czasem pozostaje ograniczone pole obok tylnego wcięcia zdrowém w uwiądzie, to nie zdarza się to po pierwsze zawsze, a powtóre należy to również w ten sposób wytłumaczyć, jak fakt, że przy najzwyklejszém ogniskowém stwardnieniu rdzenia pozostają czasem całe powrózki [1]) nietkniętemi.

Przytoczone więc przez Strümpla dowody nie wystarczają na udowodnienie, że uwiąd rdzenia pacierzowego jest chorobą systemu. Nadto winny one jeszcze wyjaśnić wiele faktów, które się przy uwiądzie zdarzają, a które nie są wcale charakterystyczne dla uwiądu.

Tak np. podaje Strümpell, że zwyrodnienie szaréj istoty rogów tylnych i zanik tylnych korzeni mają stale się przydarzać w uwiądzie rdzenia pacierzowego.

Dla czego jednak, musimy się zapytać, ulegają zwyrodnieniu szare tylne rogi i dla czego zanikają korzenie tylne? Jeżeli Strümpell sądzi, że dla tego, ponieważ tylne rogi i tylne korzenie należą do schorzałego „systemu," to zapomina o tém, że te „systemy" nie są jeszcze wcale udowodnione i że tém samém jego tłumaczenie niczego nam nie wyjaśnia i że zostaje ono czczém tylko przypuszczeniem i wycieczką na pole, którego istnienie jest dotychczas jeszcze hipotezą.

Na pytanie wreszcie, dla czego tylne zewnętrzne i przodkowe boczne części powrózków tylnych tak często wolne zostają od sprawy uwiądowéj, nie napotykamy w pracy Strümpla ani nawet hipotetycznéj odpowiedzi.

Jeżeli atoli wniosków, które Strümpell musiał, jak sądzi wysnuć na podstawie starannie zebranego materyjału, nie możemy uznać za prawdziwe, to musimy sobie postawić za zadanie, zbadać, czy też istotnie na prawdziwych faktach oparł Strümpell swe wywody. A w tym względzie musimy się przedewszystkiém zapytać: 1) czy przytoczone fakta można stwierdzić zawsze stale w uwiądzie rdzenia pacierzowego, jak to Strümpell utrzymuje, i 2) czy przytoczone szczegóły zupełnie wyczerpują wszystkie formy zwyrodnienia uwiądowego.

Że spostrzeżenia Strümplla są oparte na przedmiotowém badaniu, o tém nie wątpimy bynajmniéj. Ktokolwiek badał przypadki uwiądu, niech zechce tylko przejrzeć swe preparaty lub rysunki podane przez dobrych badaczy, a przekona się o prawdziwości podań Strümpla.

Schemat podany przez Strümplla nie jest jednak stałym i nie wyczerpuje wszystkich przypadków.

Aby rozpocząć wprost od rzeczy znanych przypominam tylko tak zwane „*bandelettes externes*" Pierreta. Pierret uważa schorzenie ich za początek uwiądu i za przyczynę bezładu ruchowego. Strümpell zaś uwydatnia ze szczególnym naciskiem, że one nie odpowiadają wcale obszarowi pasów korzeniowych, które, zdaniem jego, najprzód ulegają zwyrodnieniu i wspomina, że w przypadkach bardzo nawet późnego uwiądu napotkać je można jako wcale nietknięte. A przecież istnieje zwyrodnienie owych „*bandelettes.*" Inaczéj bowiem nie opisałby ich tak znakomity badacz, jak Pierret. Podanie, że powrózki Golla ulegają stałemu i wybitnemu zwyrodnieniu, podanie więc, które jak to widzieliśmy, Strümpell dla swych wniosków szczególnie zużytkowuje, nie licuje w zupełności ze spostrzeżeniami Leydena, który w pewnych przypadkach napotykał powrózki Golla w mniejszym stopniu zwyrodniałe, niż powrózki klinowe.

[1]) Taki przypadek ogłoszę wkrótce.

Strümpell twierdzi, że zwyrodnienie powrózków Golla jest najsilniejsze w tylnych odcinkach. Będę miał wkrótce sposobność wykazania, że i to podanie nie zawsze się sprawdza.

A jeżeli wreszcie Strümpell utrzymuje, że zmiany w szaréj istocie tylnych rogów i w tylnych korzeniach stale przydarzają się, to przemawiają przeciw temu te przypadki uwiądu, w których brak jest wszelkiego śladu zaburzeń w uczuciu [1]).

Że rzeczywiście nie potrzebują w uwiądzie ulegać zwyrodnieniu ani tylne korzenie, ani szara istota, ani wreszcie tylne pasy korzeniowe, i że nienaruszenie wspomnianych części cechuje właśnie czystą formę uwiądu, mam na celu wykazać w niniejszéj pracy.

Strümpllowi i, jak się zdaje, innym także badaczom nie powiodło się należycie wytłumaczyć niektórych przypadków uwiądu, które, jak sądzę, dla tego są szczególniejszéj doniosłości, ponieważ w połączeniu z niedawno poczynionemi przezemnie spostrzeżeniami rzucają nowe światło na sprawę uwiądowego zwyrodnienia nerwów.

Chory, którego rdzeń przedstawiał zmiany poniżéj opisane, okazywał w czasie życia zwykły obraz uwiądu rdzenia pacierzowego, chwiejny niepewny chód, niskiego stopnia tak zwany bezład w ruchach rąk, przytępione czucie w odnogach dolnych, mrowienie w palcach u nóg, lekkie zboczenie w czuciu na końcach palców rąk, a szczególnie w obszarze nerwu łokciowego, uczucie opasania obręczą itd.

Rdzeń pacierzowy stwardniono w roztworze chromanu potasowego. (C. d. n.)

II. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n./W.

Przyczynki do chirurgii żołądkowo-jelitowéj.

I. Trzy nowe przypadki wycięcia odźwiernika oraz kilka uwag o wskazaniu i sposobie operowania.

Podał Dr. Rydygier.

Im szybciéj zbierzemy większą liczbę przypadków wycięcia odźwiernika, tém prędzéj i dokładniéj będziemy mogli rozstrzygnąć niektóre istniejące jeszcze w tym względzie zagadnienia. Dla tego zasługuje dotąd jeszcze każdy pojedyńczy przypadek wycięcia odźwiernika na ogłoszenie; nadto drugi z poniżéj opisanych przypadków zwraca szczególniejszą uwagę na siebie z téj przyczyny, że pomimo iż powiklany złowrogiém oddzieleniem śródjelicia od okrężnicy poprzecznéj — co dotychczas zawsze śmierć sprowadzało — szczęśliwie się zakończył. W trzech tych przypadkach wyciąłem odźwiernik dwa razy wobec raka, a raz wobec wrzodu zwężającego światło odźwiernika. Doliczając moje dawniejsze przypadki wykonałem więc dwa razy wycięcie odźwiernika wobec wrzodu — oba razy z dobrym skutkiem —, a trzy razy wobec raka — dwa razy z zejściem śmiertelném.

Oto pokrótce opis moich nowych przypadków.

[1]) Nie dawno temu badałem dziewczynkę dwunastoletnią, która przedstawiała klasyczny obraz bezładu ruchowego bez najmniejszego śladu zboczenia w czuciu.

1. Osiński Józef, około 42 lat wieku, służący; ojciec jego i jeden z braci umarli na raka żołądka, obydwaj cierpieli przed śmiercią krwawe wymioty.

Prócz zapalenia płuc i gośćca ostrego nie przechodził chory żadnych cięższych chorób ani nie był nałogowym pijakiem. Obecne cierpienie rozpoczęło się po austryjacko-pruskiéj wojnie od dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego; ból w okolicy żołądka i wzdęcie brzucha obok zaparcia stolca, przerywanego niekiedy rozwolnieniem, dokuczały mu od samego początku i mimo odpowiedniego leczenia wodą karlsbadzką i emską nie ustawały. Chory próbował także bez porady lekarskiéj środków przeciw tasiemcowi, co tylko cierpienie jego jeszcze pogorszyło. W końcu miewał wymioty występujące zwykle w kilka godzin po jedzeniu, niekiedy ze śladami krwi. Dnia 20go marca 1883 spostrzegł kol. Dr. Niklewski guz w okolicy żołądkowéj, rozpoznał raka żołądka i przysłał chorego w celu operacyi do naszéj kliniki.

Badanie. Chory wzrostu słusznego, wychudły, bladożółtéj cery, przedstawia w środku pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem nieco ku prawéj stronie od smugi białéj guz wielkości średniego jabłka, na ucisk bolesny, który można we wszystkich kierunkach poruszać. Reszta przyrządów zdrowa.

Mogliśmy więc tylko potwierdzić rozpoznanie kol. Dra Niklewskiego i przystąpiliśmy do operacyi dnia 4go czerwca 1883 po poprzedniém przygotowaniu chorego w sposób, jaki opisałem w moim wykładzie o wycinaniu odźwiernika (Rydygier. O wycinaniu odźwiernika, wykład kliniczny Przegl. Lek., 1882 i *Volkmann's Samml. klin. Vorträge 220*). Operacyję wykonaliśmy podług prawideł podanych w tym wykładzie, a więc: cięcie w smudze białéj, oddzielenie sieci większéj i mniejszéj pomiędzy podwójnemi podwiązkami, założenie moich elastycznych uciskadeł, podłożenie kompresy przeciwgnilnéj pod wyciąć się mający odźwiernik, wycięcie zrakowaciałego odźwiernika po stronie żołądka w kierunku skośnokątnym od prawéj strony i dołu ku lewéj stronie i górze, po stronie dwunastnicy w kierunku prostopadłym; szew łączący (*Ringnaht*) i zwężający (*Occlusionsnaht*) założyliśmy sposobem dwurzędowego szwu Czernego dodając jeszcze jako trzeci rząd, jak zwykle, kilka szwów spajających błonę śluzową. Do szwu użyliśmy, jak zawsze, katgutu. Szwów założyliśmy: 12 pierwszego, 8 drugiego rzędu szwu zwężającego, 20 pierwszego, 18 drugiego rzędu szwu łączącego i 10 szwów błony śluzowéj, a w końcu dwa szwy krzyżujące się tam, gdzie się 3 linije szwów stykają.

Po oczyszczeniu pola operacyjnego zwitkami zmaczanemi w ciepłym 3% karbolu zeszyliśmy ściany brzuszne szwami naprzemian to głębokiemi chwytającemi otrzewnę, to powierzchownemi; opatrunek składał się z gazy i waty sublimatowéj. Operacyja trwała 2¼ godziny. Guz wycięty był długości 7cm. przy krzywiźnie większéj, a 4cm. przy mniejszéj; światło odźwiernika zwężone przepuszczało zaledwie cienki ołówek; ściany rakowato naciekłe, zgrubiałe; błona śluzowa na jedném miejscu owrzodziała; żołądek rozszerzony; pod drobnowidem guz okazuje się jako rak dołkowaty.

Przebieg pooperacyjny był w pierwszych dniach zadowalający, ciepłota wynosiła drugiego dnia zrana 38,7°, wieczorem 37,0; trzeciego dnia zrana 37,6°, w południe 37,5°. Mimo to uskarża się chory na silne bóle i tak jest niespokojnym, że mu trzeba wstrzykiwać morfiu. Wieczorem trzeciego dnia podniosła się gorączka do 38,1°, tętno 112; noc bardzo niespokojna; czwartego dnia rano gorączka 38,4°, tętno 124; bóle powiększają się aż wieczorem śmierć wybawiła chorego od cierpień.

Badanie pośmiertne jamy brzusznéj wykazuje ropne zapalenie otrzewny, liniję szwu pokrywa gruba warstwa błon wrzekomych niedozwalająca stosunku szwów dokładnie rozpoznać. Przy wyjmowaniu żołądka i dwunastnicy rozszedł się w części szew tak, że wcale nie było można rozstrzygnąć, czy i gdzie niedokładnie trzymał; resztek potraw nigdzie w wysięku nie znaleźliśmy. Prócz tego dalsze badanie jamy brzusznéj wykazało, że nigdzie w niéj ani przerzutów ani nacieków rakowatych nie było.

2. Nowakowska Józefa, 41 lat licząca, szewcowa z Poznania, nie wie, czyby kto z jéj familii cierpiał na raka. W 10 roku przebyła cholerę, a w czasie fancuskiéj wojny ospę. Obecne jéj cierpienie rozpoczęło się przed 1½ rokiem od mdłości, do których w ostatnim czasie przyłączyły się wymioty. Kol. Dr. Batkowski, którego pomocy zasięgała, rozpoznał raka odźwiernika i znajdując guz już wprawdzie wielkich rozmiarów ale jeszcze ruchomym, zalecił jéj operacyję i odesłał do naszego zakładu.

Badanie z d. 18/7 1884 r.; chora średniego wzrostu, słabowita, znacznie wychudła; prócz żołądka wszystkie przyrządy zdrowe. Ponad pępkiem po prawéj stronie wyczuwa się guz twardy, za dotknięciem bolesny, ruchomy, wielkości pięści dorosłego mężczyzny.

Rozpoznanie raka odźwiernika nie ulegało wątpliwości, a niemniéj zgadzaliśmy się z kol. Batkowskim, że przypadek jeszcze odpowiedni do operacyi mimo znacznéj wielkości guza, gdyż nigdzie nie mogliśmy wykryć głębszych zrostów.

Operacyję wykonaliśmy dnia 21/7 1884 podług zwykłego naszego sposobu. Nadmieniam tylko, że wyłuszczając głęboko zapuszczający się guz musiałem na jedném miejscu śródjelicie przyokrężne w długości około 5cm. przedzielić, przyczém wypadało przeciąć jednę z większych gałęzi tętnicy śródjelitowéj, ale jeszcze powyżéj miejsca, w którém się dzieli na drobne gałązki tworzące znane łuki naczyniowe obok jelita (*arcadae*). Nie widząc najmniejszéj zmiany w zabarwieniu oddzielonéj części jelita nie wycięliśmy odpowiedniego kawałka. Do szycia użyliśmy szwu kuśnierskiego zakładając go w następującym porządku: najprzód połączyliśmy tylną ścianę dwunastnicy z odpowiednią częścią ściany żołądkowéj rozpoczynając zakładanie szwu od tępego kąta w ścianie żołądka; szew ten założyliśmy sposobem pierwszego rzędu szwu Czernego i od wewnątrz. Następnie zaczęliśmy szew błony śluzowéj również od tępego kąta, ale postępując na dół nie przerwaliśmy go przy krzywiźnie większéj, lecz poprowadziliśmy go naokoło wracając do punktu wyjścia. Tylną część tego szwu założyliśmy od wewnątrz, przednią od zewnątrz. Doszedłszy do tępego kąta przerwaliśmy szew kuśnierski jednym szwem węzełkowym, ażeby natychmiast daléj tą samą nicią założyć szew zwężający na błonę śluzową, naturalnie używając daléj szwu kuśnierskiego. Następnie założyliśmy szew kuśnierski na przednią ścianę dwunastnicy i odpowiednią część żołądka kończąc pierwszy rząd szwu Czernego, jaki zaraz na samym początku na tylną ścianę założyliśmy, i prowadząc go, podobnie jak przy szwie błony śluzowéj, zaraz daléj jako

pierwszy rząd Czernego szwu zwężającego. W końcu założyliśmy w téj saméj rozciągłości drugi rząd szwu Czernego również szwem kuśnierskim, a więc przednią część szwu łączącego i cały szew zwężający; i tu przerwaliśmy szew kuśnierski jednym szwem węzełkowym przy kącie tępym. Na tylnéj ścianie dodaliśmy jeszcze 2—3 szwy węzełkowe dla wzmocnienia tam znajdującego się szwu, który właśnie tam pozostał tylko dwurzędowym (szew błony śluzowéj i pierwszy rząd Czernego), gdy tymczasem przednia ściana jako trzeci rząd miała szew zwężający.

Przebieg pooperacyjny był wyborny, niczém niezakłócony; ciepłota zawsze pozostała prawidłową; 4go dnia podaliśmy choréj nieco bulijonu, 8go cokolwiek mięsa surowego; 11go wyjęliśmy szwy zmieniając pierwszy raz opatrunek, rana była zupełnie zagojoną. Trzydziestego drugiego dnia po operacyi opuszcza pacyjentka Zakład nie czując żadnych dolegliwości, tylko jeszcze osłabiona. Od czasu operacyi nie pojawiły się już wymioty, a stolec dawniéj zawsze zaparty teraz regularny, apetyt dobry. Długość wyciętego kawałka wynosiła 20cm. przy krzywiźnie większéj, a 10cm. przy mniejszéj. Ściany twarde i zgrubiałe w skutek nacieku rakowatego. Żołądek był znacznie rozszerzony; przy guzie zostawiliśmy na niektórych miejscach, mianowicie blisko krzywizny większéj, więcéj niż 4cm. zdrowéj ściany żołądka chcąc na pewno operacyję w zdrowéj tkance wykonać. Mimo to obawiamy się powrotu ze względu na olbrzymią wielkość guza, chociaż z drugiéj strony zupełne wyzdrowienie uważamy za możliwe, dla tego że zrobiliśmy cięcie w zdrowych częściach i nigdzie ani gruczołów zrakowaciałych, ani innych przerzutów nie mogliśmy spostrzedz. Podług wiadomości we wrześniu zasięgniętych operowana miewa się dobrze.

3. Wycięcie odźwiernika wobec wrzodu. Neumann Augusta, 48 lat, nie przebywała prócz duru i zimnicy żadnych cięższych chorób. Obecne jéj cierpienie rozpoczęło się przed 18 laty. Początkowo męczyły ją zwyczajne objawy nieżytu żołądka i niestrawności, zmuszające ją do ograniczenia się w jedzeniu. Mimo zasiąganéj porady lekarskiéj stan jéj się pogarszał. W ostatnim czasie bóle w okolicy żołądka powiększyły się, a nadto wystąpiły wymioty pojawiające się prawie regularnie w 1—2 godzin po spożyciu potraw; stolec bywa zaparty co 2—3 dni.

Badanie dnia 28/7 1884. U wysokiéj, wychudłéj pacyjentki znajdujemy nieco powyżéj pępka guz podługowato-okrągławy, niewyraźnie od okalających części odgraniczony, z powierzchnią gładką, nieco we wszystkich kierunkach poruszalny, na ucisk bolesny; żołądek rozszerzony. Badając resztę przyrządów znajdujemy nieżyt błony śluzowéj macicy, żylaki na podudziach i nieżyt oskrzeli.

Rozpoznaliśmy wrzód żołądka w okolicy odźwiernika światło jego zwężający z następczą rozstrzenią żołądka. Nie spodziewając się niczego od tak długo już bezskutecznie stósowanego leczenia wewnętrznego, mianowicie w położeniu ubogiéj choréj, która ani otoczyć się wygodami, ani odpowiedniéj dyjety zachować nie może, zaleciliśmy jéj operacyję, na którą też chętnie przystała.

Do operacyi przystąpiliśmy dnia 2/8 1884: cięcie w smudze białéj około 14cm. długie, odszukanie i wydobycie stwardniałego odźwiernika, które się nie zupełnie i tylko z trudnością udaje, z powodu zrostów z sąsiedniemi częściami; odłączenie guza od sieci większéj i mniejszéj na przestrzeni około 6cm. długiéj; podsunięcie przeciwgnilnéj podkładki; założenie moich elastycznych uciskadeł, przecięcie ścian żołądka w kierunku skośnokątnym od prawéj strony i dołu ku lewéj i górze, a ścian dwunastnicy w kierunku prostopadłym. Teraz spostrzegamy, że znacznie naprężona dwunastnica niedająca się więcéj wyciągnąć ma przeciwnie skłonność do wysunięcia się z uciskadeł i cofnięcia w głąb, tak że trudno byłoby założyć szew mianowicie na tylnéj jéj ścianie. Dla tego zdjęliśmy zupełnie uciskadła z dwunastnicy i założyliśmy dwa szwy jedwabne przez sieć większą i mniejszą, zachwytujące zarazem ścianę dwunastnicy u góry i u dołu, naciągając teraz nitki w przeciwnym kierunku i wyciągając zarazem dwunastnicę ku górze tak silnie napięliśmy jéj ściany, że nic pomiędzy niemi wypłynąć nie mogło, a prócz tego tak korzystnie plasko i gładko się ułożyły, że założenie szwu było podobnie ułatwione, jak po założeniu uciskadeł. Szew założyliśmy sposobem szwu kuśnierskiego w następującym porządku: najprzód założyliśmy tylną część szwu łączącego (*Ringnaht*) sposobem 1go rzędu szwu Czernego zaczynając u góry przy tępym kącie, a kończąc na dole przy krzywiźnie większéj i to szyjąc od wewnątrz; następnie założyliśmy cały szew błony śluzowéj rozpoczynając również w tyle u góry od kąta tępego, a idąc na około wróciliśmy do punktu wyjścia, tu przerwaliśmy szew kuśnierski jednym szwem węzełkowym, a następnie doprowadziliśmy go do końca, jako szew zwężający (*Occlusionsnaht*); daléj założyliśmy pierwszy rząd szwu łączącego na przednią ścianę rozpoczynając tam u dołu na krzywiźnie większéj, gdzieśmy tylny szew zakończyli; połączywszy przednią ścianę przerwaliśmy znowu przy tępym kącie szew kuśnierski jednym szwem węzełkowym, żeby go daléj przeprowadzić, jako pierwszy rząd szwu zwężającego; daléj założyliśmy w tym samym porządku drugi rząd szwu łączącego na przednią ścianę i drugi rząd szwu zwężającego rozpoczynając także na krzywiźnie większéj; w końcu dodaliśmy jeszcze dwa szwy węzełkowe krzyżujące się w miejscu, gdzie przy tępym kącie schodzą się trzy linije szwów. Tak więc sklada się szew łączący w tyle z dwóch rzędów szwu, a w przodku z trzech, szew zwężający również z trzech a wszystkie rzędy są założone sposobem szwu kuśnierskiego. Po oddaleniu uciskadeł założonych na żołądek i podsuniętéj kompresy oczyściliśmy pole operacyjne zwitkami umaczanemi w 2% karbolu i zaszyliśmy jamę brzuszną jedwabnym szwem węzełkowym; opatrunek z waty i gazy sublimatowéj.

Przebieg pooperacyjny był niemile zakłócony zapaleniem płuc, które się drugiego dnia po operacyi wywiązało i nieomal operowaną o życie przyprawiło. Ciepłota dochodziła przez 10 dni do 39·0°; potém opadła i chora powoli zaczęła wracać do zdrowia. Po 12 dniach po raz pierwszy dostała nieco surowego mięsa, a w $3^1/_3$ tygodnia po operacyi zaczęła wstawać, w ostatnim czasie uskarżała się tylko na zbyt surową dyjetę, bo jéj głód dokuczal. To też korzystając z nadarzającéj się sposobności objadła się prostego chleba, jakiego jej krewni ukradkiem podali; łakomstwo swoje odpokutowała kilkodniowym ostrym postem, który usunął przez dwa dni pojawiające się wymioty. Stolec przed operacyją zawsze zaparty teraz bywa regularny. Dnia 6 września 1884 opuściła operowana zakład czując się zupełnie zdrową. Mimo troskliwego poszukiwania nie udało nam się późniéj jéj pobytu wykryć, tak iż nic o jéj dalszém powodzeniu donieść nie mogę. — Przy téj sposobności milo mi tu zrobić wzmiankę, że R. Pfennig, u któréj po raz

pierwszy w obec blizn po wrzodzie zwężających światło odźwiernika wykonałem operacyję, ma się teraz po 3 latach zupełnie dobrze, mimo że jada zwyczajne potrawy ludności wiejskiéj; przed $^3/_4$ roku zapadła nieco na żołądek, ale w krótkim czasie zyskała dawne zdrowie po zażyciu pigułek z Bismut. subnitr. — Pierwszy mój operowany Mikołajewicz, jak wiadomo, umarł, mam więc 5 wycięć odźwiernika, z których 3 zakończyły się wyzdrowieniem a 2 śmiercią. (C. d. n.)

III. Z kazuistyki ginekologicznéj.

I. Vagina septa infra simplex. Operatio.

LITERATURA: Bartholin, „Anat. Lib.“ I. Cap. XXX. — Böttcher, „Verm. med. u. chir. Schrift“. B. I. — Kiwisch, „Klin. Vortr. II, pag. 364. — Scanzoni, „Gynäkol.“ pg. 429. — Kussmaul, „Mangel. u. Verdoppl. d. Gebärm.“ 1859. — Rokitansky, „Zeitschr. d. Gesell. d. Aerzte“, 1859, Nr. 33. — Rokitansky, „Lehrbuch“, III, pag. 511. — Förster, „Missbildungen“. Jena. 1861, pag. 162. — Breisky, „Krankh. d. Vagina“, 1879, pag. 61. — Klob, Path. Anat. der weibl. Sexualorg. pag. 416. — Hegar u. Kaltenbach, Operat. Gynäkologie, pag. 580.

Rzadkie przypadki chorobowe już z natury swéj są interesującemi, ze względu zaś na rzadką sposobność obserwowania nie mają dość utartéj terapii. Z obu przyczyn opis rzadkich zmian i przebiegu leczenia zasługuje na ogłoszenie, dla tego kilka przypadków chorobowych z méj praktyki podaję do wiadomości kolegów. Dziś rzadką zmianę utworową dotyczącą pochwy.

Jeżeli przewody Müllera w miejscu zetknięcia się z sobą nie ulegną zanikowi, czyli, jeżeli ich części stykające się ze sobą nie ulegną wessaniu, pozostaje przegroda, która pochwę dzieli na dwie podłużne połowy, lewą i prawą. Taka podwójność pochwy jest zatém właściwie skutkiem wadliwego, że tak powiem powstrzymanego, rozwoju, a nie rozwoju wybujałego, jakby to na pierwszy rzut oka sądzić można, mając przed sobą dwie pochwy miasto jednéj. Taką wzdłuż przedzieloną pochwę nazwał Klob *Vagina septa*. Jeżeli przedział taki przez całą długość pochwy jest utrzymanym, to najczęściéj przytém w każdéj z dwu pochew znaleźć można część pochwową maciczną, gdyż *uterus didelphys* towarzyszy téj zmianie. Może być jednak i *uterus septus*, i błona dziewicza bywa podwójną. Może jednak także przedział taki nie całą długość pochwy przebiegać i wtedy jest *vagina subsepta* w miarę tego, czy brak tego przedziału w górnéj czy dolnéj części pochwy, jest *vagina subsepta supra simplex* lub *vagina subsepta infra simplex*. I w przypadkach tych najczęściéj i w macicy napotykamy wady rozwojowe. Można także, jak świadczy literatura, napotkać krótkie przedziały w kształcie wstęgi lub sznurka wzdłuż przebiegające i do jednéj ze ścian pochwowych, prawéj lub lewéj, przyrosłe. Czasem, ale nader rzadko, oderwane przy porodzie płaty błony śluzowéj z tkanką podśluzową od ściany pochwy lub wargi maciczněj przyrastają nieprawidłowo końcem do jakiegoś miejsca ściany pochwowéj i tworzą przedział lub pomost w pochwie. Zmiany tego rodzaju, jeżeli nie są powikłane ze zrostem pochwy lub macicy, rzadko stają się przedmiotem leczenia, chyba że stanowią przeszkodę w spółkowaniu. Breisky przeciął 2,8cm. długą a 1,2cm. szeroką wstęgę mięsną przebiegającą od przedniéj wargi macicznéj do lewéj ściany pochwowéj i wrosłą w nią na 4cm. nad ujściem pochwy, ponieważ przy każdém spółkowaniu powstawały nieznośne bóle. Powstał zaś ten pomost po ciężkim porodzie. Rogers, Rokitansky, Sautesson i inni opisują rozmaite przedziały różnéj wielkości i długości i ich leczenie. Nigdzie jednak w literaturze, o ile mi ona była przystępną, nie mogłem znaleźć opisu przedziału przebiegającego i dzielącego pochwę nie prostopadle na lewą i prawą połowę, lecz poprzecznie na górną i dolną lub względnie na przednią i tylną. Taki przypadek spotkałem w praktyce, stał on się przedmiotem leczenia.

Piątego września b. r. zasięgała méj rady lekarskiéj Mindel Wortzel, lat 21 mająca, od trzech miesięcy zamężna. Była zawsze zdrową, nie przebywała żadnych chorób zakaźnych, od 15go roku życia miesiączkuje skąpo, lecz regularnie co cztery tygodnie przez trzy dni, bez boleści, aż do zamążpójścia była kucharką. Skarży się, iż po zamążpójściu tylko trzy razy wykonywała z mężem spółkowanie i że za każdym razem prócz ogromnych boleści dostała tak obfitego krwotoku, że mdlała i tylko oblewaniem i zimnemi wstrzykiwaniami docucić jéj i krwotok opanować było można. Wejrzenie jéj stwierdza to co podaje: białe prawie wargi, brudno-blada cera wynędzniałéj twarzy, oczy zapadłe o bladych spojówkach, blada błona śluzowa ust dawały żywy obraz ostréj niedokrewności, jaką po nagłych a obfitych krwi utratach spotykamy. Badając znalazłem narządy klatki piersiowéj i brzucha w porządku. Wargi sromu prawidłowe, przedsionek blady, prawie biały, ujście pochwy wąskie, z błony dziewiczéj szczęty wybitne jeszcze i pulchne. Palec głębiéj wprowadzony wyczuł jamę dość obszerną gładką, końcem palca dosięgnąłem sklepienia téj jamy miękkiego, nierównego, jakby naroślami wypełnionego, których silniéj dotknąwszy wywołałem natychmiast silny krwotok, który zimnemi wstrzykiwaniami ledwo po kilku minutach zupełnie opanować byłem w stanie. Byłem w pierwszéj chwili nie mniéj prawie wystraszonym niż chora. Nie wiedziałem jednak wiele więcéj dotychczas, niż przedtém i trzeba było przystąpić raz jeszcze do ostrożnego badania. Tym razem postąpiłem sobie inaczéj. W położeniu boczném choréj, na modłę angielską, założyłem dwa drewniane wąskie gorżorety na przednią i tylną ścianę pochwową tuż za ujściem pochwy i zwolna posuwałem je naprzód. Niebawem mniéj więcéj na 4cm. nad ujściem pochwy ustawiła mi się między gorżoretami linija poprzeczna od lewéj do prawéj ściany pochwowéj przebiegająca, dzieląca pochwę na przednią węższą znacznie i tylną dużo szerszą połowę. W pierwszéj chwili sądziłem, że jest to przedarta lub przecięta poprzecznie i odstająca od tkanki podśluzowéj tylna ściana pochwowa. Jednakże wyścielająca tylną połowę pochwy błona śluzowa, wyraźne na niéj i wybitne zmarszczki zniweczyły to zapatrywanie i przedział pochwowy na myśl mi przywiodły. Wyjąwszy gorżorety badałem już w tym kierunku daléj palcem. Badanie to wykazało: Od ujścia pochwowego aż do wysokości 4cm. nad témże prawidłowa nad ujściem dość obszerna pochwa, ztąd w górę pochwa przedzielona na dwie połowy, przednią i tylną przedziałem mięsnym na 1,5 do 2mm. grubym miernie elastycznym po obu swych stronach błoną śluzową opatrzonym. Jeżeli przyjmę obecnie dla tych dwu połów pochwy nazwę dwóch pochew, to otwór prowadzący do przedniéj pochwy jest znacznie od tylnego mniejszy, szczelinowaty stanowiący szparę poprzeczną dość wąską, palec wprowadzony uciskający. W górze czyli na wierzchołku téj przedniéj pochwy napotykamy bardzo małe przednie sklepienie i smukłą na ten drobną część pochwową macicy, która przy skombinowaném badaniu okazuje się małym niewykształconym *uterus*

infantilis, w położeniu prawie pionowém. Tylnego sklepienia w téj przedniéj pochwie nie ma, gdyż wspomniany przedział pochwowy stanowiący tylną ścianę téj przedniéj pochwy wychodzi od macicy tuż nad samą tylną jéj wargą. Cała przednia pochwa pokryta błoną śluzową z wyraźnemi zmarszczkami. Otwór do tylnéj pochwy dość obszerny i okrągły, od przedniego może trzy razy większy, palec wprowadzony wchodzi wysoko nad wysokość warg macicznych w przedniéj pochwie położonéj części pochwowéj, wyczuwa obszerne dość kopułowate sklepienie, przez które nic wyczuć daléj nie można. Tylna pochwa również jak przednia wyścielona błoną śluzową o wyraźnych zmarszczkach prócz sklepienia, które wysłane jest tkaniną nierówną, brodawkowatą, przy dotyku dającą uczucie mnóstwa drobnych polipów za najlżejszém dotknięciem krwawiącą.

Na dalsze moje pytania choréj zadawane w kierunku możliwego skaleczenia, upadnięcia, samogwałtu palcem lub narzędziem wykonywanego, otrzymałem odpowiedzi absolutnie przeczące, wszelką myśl o nabyciu zmiany wykluczające.



Załączony rysunek idealnego przecięcia prostopadłego od przodu ku tyłowi miednicy i jéj narządów jaśniéj przedstawi stosunki znalezione u pacyjentki. Linija *a*, *b*, jest przedziałem pochwowym wyżéj opisanym.

Przez nazwę *Vagina septa infra simplex* przezemnie użytą rozumieją patologowie wprawdzie pochwę przedzieloną na lewą i prawą część a nie na przednią i tylną, podporządkowałem jednak mój przypadek pod tę nazwę nie chcąc tworzyć nowéj.

Krwotoki przy spółkowaniu znalazły swoje wytłumaczenie; członek męża wchodząc w szerszy i dość obszerny otwór tylnéj pochwy dotykał tak łatwo broczących w sklepieniu usadowionych granulacyj i wywoływał krwotok.

Chora żądała pomocy celem umożebnienia stosunku płciowego bez niebezpieczeństwa i godziła się chętnie na rękoczyn. O tymże nie wiele wspomnieć mi wypada. Nie chciałem poprzestać na prostém podłużném przecięciu przedziału pochwowego sądząc, iż ile że jest szerokim i grubym, nie ściągnie się i nie skurczy potém tak bardzo, aby nie przeszkadzał spółkowaniu i nie stał się może i potém jeszcze powodem boleści i częstych okaleczeń. Nadto należało mi odsłonić dobrze przyszłe tylne sklepienie i uwolnić je od tak łatwo broczących granulacyj. Przy łaskawéj asystencyi domowego lekarza choréj, kol. Dra Eichorna, przystąpiłem 15go września do operacyi. Kolega rozwierał mi dwoma gorżoretami pochwę, a ja, założywszy po obu zewnętrznych, t. j. ścian pochwy dotykających, brzegach przedziału z obawy krwotoku długie pincety Hopfgartnera i ścisnąwszy je zasuwkami, wyciąłem cały przedział pochwowy między niemi położony nożyczkami odpreparowawszy go na końcu ostrożnie od tylnéj wargi maciecznéj, a raczéj dokładnie mówiąc, tuż nad nią. Granulacyje tylnego, obecnie bardzo obszernego i wysokiego, sklepienia wyskrobałem łyżeczką ostrą, a wystrzykawszy dokładnie pochwę rozczynem sublimatu pomazałem tylne wyskrobane sklepienie rozczynem półtorachlorku żelazawego i wytamponowałem całą pochwę szczelnie gazą jodoformową. Po odjęciu pincet nie było krwotoku, cała utrata krwi była stosunkowo nieznaczną. Opatrunek zmieniano co 48 godzin a po dniach 20 chora była zupełnie zdrową, a cały przebieg pooperacyjny niczém nie był zamącony.

Pochwa obecnie obszerna i elastyczna wszędzie wygojona, tylne sklepienie w samym wierzchołku bliznowato wygojone, lecz nieściągnięte. Macica mała, pionowo ustawiona w badaniu skombinowaném okazuje się w rozwoju bardzo powstrzymaną; miary jéj podać dokładnie nie mogę, gdyż zgłębnik cienki nawet w zewnętrzne, nadzwyczajnie maleńkie, ujście maciczne ledwo wprowadzić i tylko na 1 cm. w szyję maciczną wsunąć mogłem. Po miesiącu te same znalazłem stosunki, spółkowanie odbywa się bez przeszkody i bólu.

Opis ten okazu na każdy sposób ciekawego podaję pozostawiając zdaniu kolegów przypisanie wady pod względem etyjologicznym, już to fizyjologicznemu wadliwemu rozwojowi, już téżto przyczynie patologicznéj. Nie przesądzając wcale ostatecznie tego sądu pozwolę sobie tylko wyrazić zdanie, iż skłonny byłbym przypuścić powstanie patologiczne w ten sposób, iż z poprzecznego pęknięcia lub wrodzonéj szczeliny poprzecznéj w tylnéj ścianie pochwy przez stopniowe coraz dalsze odłączenie jéj od tkanki podśluzowéj powstał mały w górę idący zaułek, który z czasem, już to skutkiem ruchów przez chorą wykonywanych, już to głównie przez spółkowanie, do opisanych rozmiarów został wydłużonym. Za tém przemawiałaby okoliczność, że sklepienie téj niby tylnéj pochwy nie było powleczone błoną śluzową, lecz wypełnione wiotkiemi wybujałemi granulacyjami.

Przeciw temu przemawia okoliczność, iż ta tylna pochwa aż do sklepienia powleczona była błoną śluzową o wyraźnych, a nawet wybitnych, zmarszczkach. Trudność wynikłą z téj ostatniéj okoliczności usunąć może wiadomy fakt, że często błona śluzowa posuwa się z sąsiedztwa na nową ranę i nowoutworzoną jamę nawet wyścielić jest w stanie. Widziałem sam dwa przypadki zupełnego braku pochwy i macicy, w których operator lekkie zagłębienie przedsionka błoną śluzową powleczonego naciął i tępo potém w tkance łącznéj 5 cm. głęboką sztuczną pochwę wydłubał, po niejakim czasie jama ta powleczona była błoną śluzową od przedsionka rozrosłą i przedstawiała na 4 cm. głęboką ślepą pochwę. Jeden z tych dwu przypadków publikowanym jest jako Nr. 1 protokółu szpitalnego w sprawozdaniu szpitala Maryi Teresy we Wiedniu z r. 1877, drugi również przez prof. Rokitanskiego był operowany w Zakładzie leczniczym Edera we Wiedniu.—Nie upieram się wcale przy tém tłuma-

czeniu, przedstawiając tylko jego możebność, a główną trudność tłumaczenia upatruję w tém, że nigdzie w dostępnéj mi, a dość znacznéj, literaturze fachowéj nie znalazłem opisu podobnego przypadku.

IV. Sprawozdanie roczne z „Domu Zdrowia,“ zakładu leczniczego prywatnego.

Z upoważnienia odpowiednich pp. ordynaryjuszów

podał Dr. J. Gwiazdomorski,

kierownik zakładu.

Zakład otwartym został 1 października 1883, z tego powodu sprawozdanie obejmuje czas od 1 października 1883 do końca września 1884. W tym przeciągu czasu leczono w zakładzie ogółem 31 chorych, mianowicie mężczyzn 20, kobiet 11. Ogólna ilość dni leczenia wynosi 663, średnio na jednego chorego 21. Operacyj wykonano ogółem 21; ich rodzaj i wynik przedstawia następująca tablica:

Rodzaj operacyi	Ilość operacyj	wyszli			zmarli
		wyleczeni	z polepsz.	niewylecz.	
I. Laparotomije:					
Owaryjotomije	3	3			
Laparohysterotomija (Amputatio uteri według Schrödera)	1	1			
II. Operacyje na częściach płciowych zewn.:					
Enucleatio fibrom. uteri per vaginam — Amputatio penis	3	3			
III. Operacyje na kiszce stolcowéj:					
Exstirpatio carcinomatis recti, Operacyja fistulae ani i hemoroidów	1				
Wyskrobanie carcin. recti	2	2			1
IV. Wycięcie nowotworów podskórnych:					
Lymphomata colli, Sarcoma cutis, Lipoma subcutaneum	3	3			
V. Wyskrobanie i częściowa resekcyja kości i stawów:					
Maxilla inf., metatarsus, femur sin., phalanx II. pollicis, humerus sin.	5	5			
VI. Operacyje inne:					
Laryngotomija, Enucleatio bulbi oculi sin. . .	2	2		1	
Cięcie próbne	1				
	21	19		1	1

Z ogólnéj liczby chorych opuściło zakład: Wyleczonych mężczyzn 15, kobiet 7; z polepszeniem m. 4, k. 1; niewyleczonych m.—, k. 2; zmarło m. 1, k. 1.

A) Przypadki operacyjne.

1) K. B., l. 28, z Król. Polskiego. Torbiele obu jajników,—owaryjotomija,—wyleczenie. (Ordynaryjusze prof. Dr. J. Mikulicz i Doc. Dr. H. Jordan).

Przed blisko 10 laty przebyła ciężką blednicę. W ostatnich kilku latach mieszkając w okolicy bagnistéj cierpiała dość często na zimnicę, która ustępowała po dłuższém używaniu chininu. Menstruacyja po raz pierwszy w 17tym roku życia i dotąd w prawidłowych odstępach. Porodów przebyła trzy, ostatni przed 2ma laty, wszystkie miernie ciężkie. Od stycznia rb. cierpi na silne, napadowo co kilka godzin występujące bóle jakby kurczowe w okolicy pępka, rozpromieniające się na cały brzuch. Usuwała je zawsze wstrzykiwaniami podskórnemi morfinu, a gdy nie ustawały, radziła się lekarzy warszawskich, ktorzy rozpoznali w marcu 1883 *neoplasma superficiei posticae uteri adhaerens et intestinum rectum limitans, aliquod mobile.* Wysłali chorą do Ciechocinka, przepisując odpowiednie leczenie. Odtąd już i pacyjentka sama zaczęła uważać, że ma jakieś guzy w dolnéj części brzucha, szczególniéj po stronie prawéj. Bóle jednak nie ustawały, menstruacyja stawała się coraz nieregularniejszą i skąpszą, siły i odżywienie upadały coraz więcéj; częste zaparcia stolca wymagały codziennych lawatyw. Nieżyt chroniczny żołądka, na który chora poprzednio w miernym stopniu cierpiała, wzmagał się. Wspomniane zaś guzy rosły powoli przeważnie bez bólu, czasem jednak występował i ból i gorączka miernego nasilenia.—Stan obecny: Budowa dość dobra; odżywienie liche; błony śluzowe warg i dziąseł blade. C. 36·7°, t. 88, dość dobre. Mierny nieżyt oskrzeli obustronny. W sercu żadnych zmian.—Brzuch w częściach dolnych trochę tylko wzdęty i to więcéj po stronie prawéj; przy dotyku wszędzie miernie, w nad i podbrzuszu zaś więcéj bolesny. Żołądek znacznie rozszerzony. Śledziona wyraźnie powiększona, twardawa, niebolesna. W dolnéj części brzucha po stronie prawéj wyczuć można w głębi obrzęk wielkości dwóch pięści, kształtu od góry ku dołowi podłużnego, o powierzchni gładkiéj, dość miękki; chełbotania w téj głębokości wykazać nie można. Guz jest przy ucisku bolesny, mało ruchomy, najwięcéj ku górze, gdyż ku dołowi kości miednicy ograniczają jego ruchomość. Po stronie lewéj w okolicy odpowiadającéj jajnikowi także wyczuć można guz wielkości małego jaja kurzego, również bolesny, więcéj ruchomy. Badanie przez pochwę wykazuje, że obrzęk po stronie lewéj odpowiada stanowczo powiększonemu jajnikowi lewemu; obrzęk zaś strony prawéj daje się dobrze wyczuć jako ciało okrągłe, gładkie, bolesne, ku górze nieco przesuwalne, najlepiéj w sklepieniu boczném prawém. Część pochwowa macicy zwrócona ku stronie lewéj. Przy wypychaniu macicy ku górze wysuwają się i oba obrzęki nieco ku górze.

W głębokiéj narkozie poprowadzono, po ogoleniu dolnych części brzucha i obmyciu mydłem i karbolem, cięcie w linii środkowéj sięgające od spojenia łonowego do pępka, tj. około 15 cm. długości mające. Przez ranę tę widać jajnik lewy nowotworowo zwyrodniały, jego więzadło trochę skręcone i krótsze. Natomiast jajnik prawy okazywal torbiel dermoidalny wielkości dwóch małych pięści przyczepiony silnie do części sąsiednich głównie bocznéj ściany macicy i miednicy małéj; górna wreszcie jego część była silnie zrośniętą z pętlą kiszki cienkiéj. Podwiązano naprzód więzadło wraz z jajowodem strony lewéj w środku podwójnie, przepalono Paquelinem i tak wyjęto jajnik lewy. Następnie przystąpiono do odłuszczenia całego jajnika prawego wraz z torbielem i dokonano go z trudnością, gdyż w obec silnych i krótkich zrostów tylko z pomocą noża, nożyczek i odpowiednich podwiązek można było obrzęk ten oddzielić od części sąsiednich. Usiłowano odłuszczyć go również i od kiszki; zrost jednak był tak silny, że musiano odpowiedni kawałek ściany kiszki wyciąć wraz z nowotworem a powstały ubytek zaszyć sposobem Czernego podwójnym szeregiem szwów jedwabnych. Tak odłuszczony obrzęk wiszący teraz tylko na więzadłach jajniko-macicznych odcięto w ten sam sposób jak po stronie lewéj. Obie szypułki przypalone Paquelinem posypano nieco jodoformem i zostawiono w głębi jamy brzusznéj. Po oczyszczeniu dokładuém jamy otrzewnéj zaszyto ranę trzema płytkowemi a pięcioma rezerwowemi szwami a brzegi skóry saméj szwem kuśnierskim. Ranę tak zaszytą posypano jodoformem, przykryto gazą jodoformową i sporą warstwą waty Brunsa i zaciśnięto opaską uciskową. Operacyja trwała $2^3/_4$ godzin. Obrzęk wyjęty z jajnikiem prawym jest torbielem dermoidalnym i waży przeszło pół kilogr.

Nim przystąpię do opisania przebiegu następowego

chcę w celu uniknięcia powtarzania omówić naprzód komplikacyję, która w ciągu całego przebiegu następowego utrudniała wielce sprawę leczenia. Zkąd pochodziły bóle na wstępie wspomniane, trudno na pewno orzec; prawdopodobnie odnieść je należy pierwotnie do zmian w jajnikach, tém więcéj, że śród operacyi przekonano się, iż oba jajniki były wraz z otaczającemi więzadłami skręcone około swéj osi, co łatwo sprawiać mogło ból przez ciągnienie nerwów. Ponieważ jednak po operacyi bóle te nie ustępowały, a jak widać z przebiegu, późniéj występować zaczęły w innèm miejscu, tj. w górnych częściach brzucha, przeto może więcéj prawdopodobném byłoby odnieść przynajmniéj te bóle, które chora już po operacyi przez cały czas leczenia następowego uczuwała, do histeryi, którą w ciągu leczenia stwierdzono, a po części i do morfinizmu, gdyż nie ulega wątpliwości, że przybywszy już do zakładu pacyjentka bardzo była przyzwyczajoną do morfinu. Rozumie się, że w obec tak ciężkiéj operacyi, w obec niepewnéj prognozy, ani histeryja ani morfinizm nie mogły być przedmiotem leczenia. Przeciwnie, stan choréj mógł tylko przyczynić się do tém gwałtowniejszego rozwoju obu tych cierpień. Pacyjentka co kilka, często co parę, godzin uczuwała silny ból początkowo w dolnych i środkowych, późniéj od ósmego dnia po operacyi w górnych częściach brzucha rozpromieniający się w około do części sąsiednich. Bólowi temu towarzyszył krzyk częsty a urywany, płacz lub śmiech spazmatyczny, drganie mimowolne mięśni twarzy obok zupełnéj przytomności choréj, a te przypady, często nerwowe, występowały czasem i bez bólu tylko po irytacyi jakiejś, do czego bardzo często błachy powód wystarczał. Bóle te zarówno jak i opisane napady nerwowe występowały nagle, i jeśli natychmiast nie wstrzyknięto choréj morfinu, potęgowały się coraz więcéj, co bardzo utrudniało gojenie się rany. Mniejsze dawki morfinu od 0·01—0·02 były już z początku bezskuteczne, mimo, że chora sądziła, że są o wiele mocniejsze; musiano więc używać dawek silniejszych, tak że dzienna ilość chlorku morfinu wstrzykniętego podskórnie wynosiła od 0·10 do 0·60 grm. Największych dawek potrzebowała chora w dniu 3im i 4ym po operacyi. — Od 14 dnia po operacyi, kiedy stan zaczął się polepszać, zaczęto zmniejszać dawkę morfinu coraz więcéj, tak że w końcu ilość morfinu wstrzykniętego dziennie nie dochodziła 0·10 grm.

Zaraz w parę dni po operacyi wystąpiły objawy świadczące o silném zadrażnieniu otrzewny. Lecz silne bóle, jakich chora doznawała, obok wspomnianych wyżéj objawów (bębnica, bolesność, czkawka itd.) i dość znacznie podwyższonéj ciepłoty kazały koniecznie obawiać się już nie silnego zadrażnienia lecz wyraźnego zapalenia dolnych części otrzewny, choć zachowano wszystkie ostrożności, jakie dzisiejszy stan nauki o antyseptyce nakazuje. Do tego dodać należy, że już od pierwszych dni po operacyi występować zaczęły coraz wyraźniéj objawy niedrożności jelit, a w dniu 12ym po operacyi spotęgowały się do wyraźnego *Ileus*, powstałego najprawdopodobniéj z powodu zlepienia się pętli kiszek cienkich, który dopiero po parodniowém leczeniu (bezkrwawém: Hegary drażniące, elektryzowanie itd.) całkiem ustąpił. Równocześnie ustąpiły téż i objawy zadrażnienia otrzewny, a pozostałe co kilka godzin występujące bóle napadowe można było w obec braku wszelkiéj racyjonalnéj przyczyny odnieść dopiero do histeryi i morfinizmu.

Co do gojenia się rany dodam tu, że w dniu ósmym po operacyi po raz pierwszy zmieniono opatrunek i rozcięto szwy płytkowe bez wyjmowania drucików. Rana była wówczas dobrze *per primam* zrośniętą. W obec jednak bębnicy, bólów i niepokoju choréj, w paru dniach następnych rozeszły się nieco brzegi rany w części dolnéj, w skutek czego część ta goiła się nieco dłużéj w drodze granulacyi.

W sześć tygodni po operacyi pacyjentka opuściła zakład z raną całkiem zabliźnioną i dotąd jest zupełnie zdrową zaniechawszy wstrzykiwań morfinu.

Pacyjentka była u Dra Jordana w pierwszych dniach września rb. z relacyją, iż począwszy od kwietnia rb. miesiączkuje regularnie co 4 tygodnie. Krew odpływa w miernéj ilości podobnie jak przed operacyją [1]). Przez badanie żadnéj nie skonstatowano choroby macicy oprócz lekkiego kataru.

2) M. P., l. 26 z Galicyi. Torbiel wielokomórkowy jajnika prawego.—Owaryjotomija,—wyleczenie. (Ordynaryjusze prof. Dr. J. Mikulicz i prof. Dr. M. Madurowicz).

Oprócz długotrwałéj blednicy nie przebywała cięższych chorób. Regularność wystąpiła po raz pierwszy w 17ym roku życia i odtąd bywa w zwykłych okresach z miernemi bólami krzyżów do chwili obecnéj. Przed czterema laty przebyła łatwy poród, poczém po paru tygodniach już wstała. Przed paru laty przebyła zapalenie kiszek (?).—Przed 7ma miesiącami cierpiała na silny ból w dolnych częściach brzucha, któremu towarzyszyła gorączka. Cierpienie to ustąpiło po tygodniu bez leczenia. Obecność guza w brzuchu spostrzegła dopiero przed 4ma miesiącami i odtąd guz ten rósł bardzo szybko nie sprawiając choréj bólu, lecz upośledzając dość znacznie oddawanie stolca. Na tydzień przed operacyją chora miała znów bóle dolnych części brzucha i nieco gorączki, które po paru dniach minęły. W dzień przed operacyją chora przedstawia stan następujący: Dość dobrze zbudowana i odżywiona. Ciepłota i tętno prawidłowe. Niedokrewność miernego stopnia. Organa klatki piersiowéj bez zmian. Brzuch tylko w dolnych częściach, zwłaszcza po stronie prawéj miernie wzdęty. Wymiary jego wynoszą od spojenia łonowego do pępka 18 cm., od pępka do *spina ant. sup. sin.* 20 cm., od pępka zaś do *spina ant. sup. dextra* 24 cm. W zagłębieniu kości łonowéj prawéj napotykamy przy obmacywaniu w głębi guz wielkości dwóch głów dziecka, o powierzchni nieco guzowatéj, konsystencyi twardéj, miejscami miększéj, gładki, ruchomy ku górze i środkowi brzucha, niebolesny. Badanie przez pochwę stwierdza, że guz ten zajmuje jajnik prawy i jest ruchomym w kierunku pionowym.

Po zwyczajném przygotowaniu przystąpiono do operacyi: otworzono jamę brzuszną cięciem od spojenia łonowego do pępka i przekonano się, że guz zajmuje jajnik prawy (lewy zdrów), wisi na szypułce wychodzącéj z więzadła szerokiego prawego; zrostów nie ma. Szypułkę tę ujęto w klamry i odcięto cały guz powyżéj klamer; następnie podwiązano ją w czterech partyjach *en masse* poniżéj klamry i przepalono Paquelinem między temi podwiązkami a klamrą. Mierną ilość płynu surowiczego wymaczano z jamy brzusznéj gąbkami, poczém oczyściwszy otrzewnę i wpuściwszy przypaloną szypułkę w głąb jamy brzusznéj, zaszyto ranę trzema szwami płytkowemi, sześcioma rezerwowemi i kuśnierskim. Opatrunek uciskający. Wyjęty torbiel jajnikowy waży blisko 4 kilogr. Operacyja trwała blisko dwie godziny.

Pacyjentka wkrótce po przebudzeniu miała nudności i

[1]) Ciekawe to zjawisko, że mimo wycięcia obu jajników występuje nanowo regularność, konstatuje między innymi i Hegar, gdyż z pomiędzy 71 jego przypadków 6 pacyjentek miesiączkowało mniéj lub więcéj regularnie.

wymioty; podawano lód i wodę z lodu. Ciepłota wieczorna 37°C., t. 96. Z powodu bólu piekącego w ranie i krzyżach 0·01 grm. morfinu podskórnie. Spała w nocy dość dobrze. W dalszym przebiegu ciepłota nie doszła nigdy 38·°C., tętno nie przechodziło 96 i było dobre. Komplikacyj, — prócz lekkiego zadrażnienia szyjki pęcherza cewnikiem wprowadzanym dwa razy dziennie w kilku pierwszych dniach, które rychło ustąpiło,—nie było żadnych. W dziewięć dni po operacyi pierwsza zmiana opatrunku: rana zgojona dobrze *per primam*; wyjęto wszystkie trzy szwy płytkowe. W 13 dni po operacyi wyjęto i szwy rezerwowe; rana sucha dobrze zgojona. Wkrótce wyjęto i szew kuśnierski, a w dniu 20ym po operacyi chora pierwszy raz wstaje. Wreszcie w 27 dni po operacyi wystąpiła znowu regularność a w dwa dni póżniéj pacyjentka opuściła zakład zupełnie wyleczona.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Pogląd na obecny stan nauki o chorobach nosa. Podał Dr. Klemens Koehler [1]).

Dzięki badaniom wielu specyjalistów na tém polu patologija i terapija nosa staje się coraz więcéj i obszerniéj rozpoznawaną i znaną, to też moi Panowie, chcąc zadość uczynić życzeniu na ostatniém Zebraniu wyrażonemu, a nie pragnąc Panów długim wykładem znużyć, starać się będę jak najtreściwiéj zadanie me przedstawić. Dotykając tylko rzeczy więcéj znanych albo też mniéj zajęcia budzących, obszerniéj rozwiodę się, gdzie nauka znaczniejsze porobiła postępy, albo gdzie choroby nosa wpływ ważny na inne części ustroju wywierają.

Literatura dzieł obszerniéj o chorobach nosa traktujących wzrasta z każdym rokiem. Najnowsze a znakomite dzieło dał nam Morell Mackenzie z Londynu, które językowi niemieckiemu przyswoił Semon (*Die Krankheiten des Halses und der Nase von Morell Mackenzie, deutsch von Dr. F. Semon.* Berlin 1884). Tłumaczenie to wyszło w roku 1884 u Hirschwalda, a jest częścią wielkiego dzieła o chorobach gardła i połyku. Z dawniejszych wspomnę: *Die Krankheiten der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes* Michela z Kolonii, znakomitego rinologa, jak i Voltoliniego z Wrocławia, daléj Bresgena z Frankfurtu n./M. Znakomite monografije zawdzięczamy Hackowi z Fryburga, Michaelowi z Hamburga, Schäfferowi z Bremy, Schmidtowi z Frankfurtu, Fauvelowi z Paryża, Fränklowi z Berlina i wielu innym. Literaturę naszą wzbogacił Jurasz, Hering z Warszawy i kilku innych mniejszemi a dobremi rozprawami. Rydygier w ostatnich tygodniach w Chirurgii swéj (Podręcznik chirurgii szczegółowéj Dra L. Rydygiera. Z. I, Poznań 1884) dotyka obszerniéj chorób nosa, o ile one chirurga obchodzą, a część ta jego dzieła napisana z wszelką znajomością rzeczy. Do druku przygotowuje się dzieło większe Pieniążka z Krakowa: Choroby gardła i nosa.

Nie miejsce tu i czas po temu zajmować łaskawych słuchaczy nauką o sposobach badania jam nosowych, nie mogę jednakże powstrzymać się od przyjemności pokazania wziernika podanego przez Jurasza (Kronika Lekarska Nr. 10, 1880), jako narzędzia najdogodniejszego. Wśród licznych bowiem i jak to zwykle bywa zachwalanych, do tego celu służących narzędzi, narzędzie prof. Jurasza odznacza się nie tylko dobrocią, ale i prostotą. Dwa dubeltowe druty zgięte w haczyk, które w potrzebie z dubeltowéj szpilki sporządzić sobie możemy, umożebniają nam dokładne zbadanie jam nosowych. Z przyjemnością daléj zaznaczyć mogę, że inwencyję tę rodaka naszego spotkałem w ręku wielu rinologów.

Najzwyczajniejszą chorobą nosa jest nieżyt ostry. Rozmaite przyczyny składają się na wywołanie tego zapalenia a przedewszystkiém zmiana temperatury. Jak bowiem z jednéj strony wystawienie zwłaszcza odnóg dolnych na zbytnie zimno wywołuje przekrwienie błony śluzowéj, tak z drugiéj strony nadmierna ciepłota pokoju stan ten sprowadza. Wszelkie błonę Schneidera drażniące rzeczy sprawiają także przekrwienie i wzmocnione wydzielanie śluzu a do tych i wymiotnicę i widłak zaliczyć wypada, choć tu pewną idyjosynkrazyję przypuścić musimy. Urazy zewnętrzne nosa wywołują nieżyt a znany także katar z jodu. Nie odkryto jeszcze dotąd żadnych prątków ani mikrokoków, któreby nieżyt sprowadzały, natomiast w ostatnim czasie napotykamy w odnośnéj literaturze więcéj wzmianek i obszerniejszych rozpraw o tak zwanéj febrze ze siana, *Heufieber*, *catarrhe de foin*, *Hay-fever and asthma*, albo też o tak zwanym katarze latowym. Rzecz to mniéj znana, u nas mniéj spostrzegana, ztąd kilka słów jéj poświęcam.

Nieżyt ostry i dychawica, którą pod mianem febry ze siana spostrzegamy, pojawia się nagle. Chory uczuwa nagle wielkie świerzbienie i ból w nosie i oczach, rozchodzący się czasem aż w połyk i na podniebienie. Liczne napady kichania z wydzielaniem śluzu przemijają szybko, aby pozostawić po sobie zupełne zatkanie nozdrzy, wyciekanie łez po policzkach, ból szczypiący na spojówce i często światłowstręt, opuchnięcie powiek. Wydzieliny z nosa i oczu stają się już teraz prawie ropiastemi. W tym okresie ból nerwowy staje się czasem bardzo mocnym, chory gorączkuje, a gorączka podnosi się, skoro i pokrzywka przystąpi, co się dość często zdarza. Stan ten trwa ciągle albo z przerwami kilka godzin lub dni, przechodzi w wyzdrowienie, nie pozostawiając po sobie żadnego śladu. Do tego jednak przystępuje czasem i zjawia się samoistnie dusznica, któréj wystąpienie znamionuje wydzielanie lepkiego śluzu, często bardzo w wielkiéj ilości. I dychawica ta trwa kilka godzin lub dni, w miarę jak długo chory narażony jest na szkodliwość. Napady przychodzą zawsze za dnia, co dla rozróżnienia jest ważne, a mijają także i z zupełném wyzdrowieniem.

Już od dawna, bo od r. 1819, rozmaite podawano przyczyny téj choroby; światło mocne słońca, gorączka, kurz, kwas będźwinowy, kumarynę, nadmiar ozonu, natężenie wielkie. W ostatnim czasie dopiero Blaskley (*Hay-fever* Londyn 1880) udowodnił, że stan ten wywołuje pyłek, i to pyłek z kwiecia traw, zboża. Dwa przypadki znane wywołane zostały pyłkiem z kwiecia róż. Ponieważ jednak milijony ludzi na to niebezpieczeństwo jest wystawionych, a tylko mała część ulega mu, to też słusznie przypuszczono pewną idyjosynkrazyję. Usposabia już chorobliwy stan błony śluzowéj nosa, daléj ustrój tak zwany nerwowy, lepsze wychowanie i byt; łatwiéj choroby téj nabawiają się mieszkańcy miast, przeważną liczbę chorych stanowią mężczyźni. Udowodniono daléj i pewną dziedziczność. Najliczniejsze przypadki zdarzają się między Anglikami, czy to w Anglii, czy też w Ameryce. Nie wątpię jednak, że i u nas liczniéj się te przypadki znajduje, że jednak mniéj są spostrzegane i badane. Około Zielonych świątek często bardzo można spotkać ludzi z mocniejszym katarem, niechybnie wywołanym przez pyłek kwiecia żyta i pszenicy. Wiadomo zresztą, że i Helmholtz

[1]) Odczyt miany 19 grudnia 1884 na Walném Zebraniu Sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu.

(*Archiw Virchowa* Luty 1869) podlegał téj chorobie, a czynny bardzo rinolog Hack z Fryburga liczniejsze jéj przypadki spostrzegał i leczył. On też to zwrócił obecnie uwagę na to, że nieżyty chroniczne, zwłaszcza przy zwiększonych muszlach, do choroby téj skłonniejszymi czynią — polecając niszczenie muszli, leczenie nieżytu, aby tym sposobem od powrotu przykréj téj choroby uwolnić.

Jako najważniejsze wskazanie lecznicze pozostaje usunięcie chorego od wystawiania się na pyłek kwiatów a skoro to niemożebne, trzeba nos tamponować, aby tym sposobem zagrodzić wejście. Lennox Browne *(Brit. med. Journal* 21. 6. 1884). poleca, w skutek doświadczeń tegorocznych, maść z nastoju eukaliptu z wazeliną, którą się w nos wprowadza.

Nieżyt przewlekły nosa dzielimy na: 1. nieżyt prosty, 2. nieżyt z przerostem, 3. nieżyt z zanikiem. Jak z ostrego nieżytu wytwarza się z czasem przewlekły, tak ze zwyczajnego przewlekłego wyłaniają się i dwie następne formy w dalszym przebiegu téj sprawy chorobowéj. W katarze chronicznym zwykłym jest wypływ z nosa cienkim, często nawet i ropiastym, błona śluzowa nie podlega w swéj budowie żadnym zmianom, dopiero z czasem grubieje i staje się wiotką, co najlepiéj uwydatnia się na muszlach. Wydzieliny przybierają większe rozmiary, a stają się gęstemi i ciągnącemi się. Tę formę oznaczamy jako przerostową, a w niéj i subjektywne dolegliwości stają się przykremi. Nos stale, a przynajmniéj w większéj części dnia i nocy, jest zatkany, oddech utrudniony, mowa nosowa. Muszla dolna powiększa się bardzo, dotykając często przegrody nosowéj. Przy badaniu zaś nosa z tyłu przedstawia się jako bryłka biaława, nozdrza zamykająca. Temu stanowi towarzyszy często zapalenie połyku a późniéj i krtani. Forma ta nieleczona daje podstawę do formy następnéj — zanikowéj.

Nim do bliższego określenia téj trzeciéj formy dojdę, muszę znów szczegółowiéj rozwieść się nad przypadami, wywoływanemi przez namieniony przerost, zwłaszcza muszli. Kohlrausch (*MülleraArchiv.* 1859, str. 149), udowodnił, że muszle dolne i średnie pokryte błoną śluzową mają na sobie tkankę, wypreżającą się, zupełnie jak prącie, łechtaczka i brodawki piersiowe. Dalsze w téj mierze dokładne poszukiwania zawdzięczamy Steinbrüggemu (*Zeitschrift für Ohrenheikunde VIII.*), otologowi z Heidelberga. Miałem sam sposobność widzenia znakomitych preparatów mikroskopijnych, w których zatoki jamiste dokładnie rozpoznać było można. Podrażnienie nosa, przerost błony śluzowéj pobudza do stałego prawie wznoszenia się muszli, która znów w stanie wypreżenia przez sploty nerwowe wywołuje rozmaite przypady, nawet w częściach ciała daléj od nosa odległych. Cztery te zresztą organa naprężające się w ustroju ludzkim są ze sobą związane przez ruch zwrotny. Wiadomo, że tarcie brodawki piersiowéj miłe wywołuje uczucia w łechtaczce, tak samo znów z drugiéj strony onanizm wzbudza muszle do wznoszenia się — a onanizm chroniczny, pociąga za sobą chroniczne zwiększenie muszli, chroniczny nieżyt przerostowy a za nim stałe zgrubienie nosa. Ztąd też to onaniści odznaczają się nosem w rozmiarach swych spotęgowanym. W przypadku Romberga *(Pathologie und Therapie der Sensibilitäts- und Motilitäts- neurosen. str.* 426) młody człowiek dostał mocnych napadów kichania, skoro tylko lubieżne nachodziły go myśli.

Wypreżanie się muszli nadmierne wywołuje jako objaw podmiotowy zatkanie nosa, a ponieważ uczucie zatkania pojawia się w niektórych chorobach, naprowadziło to Hacka z Fryburga (*Wiesbaden* 1884,) do szczegółowych badań w tym kierunku. W patologii nosa epokę stanowi dziełko tego autora: *Uiber eine operative Radical-Behandlung bestimmter Formen von Migraene, Asthma, Heufieber, sowie zahlreicher vewandter Erscheinungen.* z wszech miar bardzo godne czytania, z którego krótko tu tylko sprawę zdać mogę. Wnioski swe poparte skuteczną terapiją wysnuwa z następnéj tezy: „Można udowodnić, że z naprężonych muszli często nerwowe podrażenia w najrozmaitszych częściach ciała biorą początek. Jesteśmy je w stanie doświadczalnie z tych miejsc pobudzić, a znikają zawsze, skoro namienione części usunięte zostały“. Do takich nerwowych objawów, wywoływanych nagłém a nadmierném wyprężeniem się muszli zalicza: 1) Zmorę i nerwową astmę. Pierwsza polega na kurczu głośni wdechowym, druga na wydechowym. Nie wyklucza jednak przytém i innych powodów tych przypadłości. 2) Kaszel, kurczowy, suchy, czasem z małą ilością płwocin, w napadach wracający. Spostrzeżenie to potwierdził i Sommerbrodt, opisując odnośny bardzo ciekawy przypadek. 3) Migrenę, któréj 30 wyleczonych przypadków podaje. 4) Nerwoból nadoczodołowy. Podaje dwa tylko przypadki zbadane i uleczone, a twierdzi, że częściéj newralgija ta w ten sposób powstaje, tém więcéj w tych razach, w których utarcie nosa, kichnięcie, ból pobudza. Ztąd też kilku newrologów nieżyt jamy czołowéj jako przyczynę téj choroby podawało, podczas gdy Zuckerkandel (*Wiener med. Jahrb.* 1880. 88), udowodnił, na podstawie 150 sekcyj, że jama ta najrzadziéj chorą się okazuje. Zresztą dwa te przypadki w ogóle zasługują na uwagę, aby przyczyny bolesnéj téj choroby częściéj w muszlach szukano, tak jak i innych newralgij nerwu troistego. W jednym przypadku po zniszczeniu muszli nawet i obawa przed większą otwartą przestrzenią, tak zwana agorafobija, ustąpiła, tłumaczy to jednakże jako objaw psychiczny. 5) Nabrzmienie i zaczerwienienie skóry nosa i policzków. Mianem tém oznacza naczynio-odruchowe zapalenie skóry, które często za różę uważają. Braknie temu stanowi przedewszystkiem dwóch najznaczniejszych objawów róży, a mianowicie szerzenia się i prątków. Co dzień, czasem rzedziéj, czasem i częściéj, nagle nos nabrzmiewa, staje się czerwonym a stan ten przechodzi zwykle zaraz i na lica, — to trwa krótko, czasem jednak i trzy dni. Chory uczuwa mocne prężenie i palenie. Nerwica ta odruchowa pochodzi także z wyprężonéj muszli, a po usunięciu ciałek wznoszących się, niknie niepowrotnie. Spostrzeżenia te stwierdziłem w ostatnich tygodniach u dwóch panien, które stan ten od wszelkich stosunków towarzyskich odłączał. 6) Omdlewania, które najwięcéj pojawiają się z rana. 7) Epilepsyja. Hartmann i Loewe stwierdzili zdanie Hacka. 8) Nerwica z wydzielinami pomnożonemi (*secretorische Neurose*), objawiająca się przez znaczny wypływ surowiczego płynu z napadami kichania, przy uczuciu zatkanego nosa. — Daléj jeszcze podaje, że i ból zębów często powstaje przez namieniony stan, tak samo i plama migocąca w oku, czego jednak nie udowodniono. (C. d. n.

Emmerich: **O przyczynach dyfteryi u ludzi i gołębi.**
(Według wykładu mianego na Kongresie międzynarodowym w Kopenhadze).

Pobudką do zajęcia się dyfteryją było polecenie, które E. otrzymał od Rządu bawarskiego, aby zbadał przyczyny téj choroby w jednym domu, w którym choroba ta pochłonęła pięcioro dzieci jednéj rodziny. Aby więc grzybki dyfterytyczne

wykazać poza ustrojem ludzkim, starał się przedewszystkiém rozstrzygnąć, czy prątki znalezione przez Dra Löfflera są przyczyną dyfteryi i przyszedł do zupełnie innego przekonania. Podczas gdy sam Löffler pozostawił nierozstrzygniętém to pytanie dla grzybków przez siebie znalezionych, E. udało się znaleźć w błonach śluzowych uległych sprawie dyfterytycznéj i w samych błonach wypocinowych, grzybki identyczne u ludzi i gołębi, które wywoływały u zwierząt niemi szczepionych typową dyfteryję. Kształt tych grzybków jest charakterystyczny, sąto krótkie grube prątki najwięcéj 2 razy tak długie jak szerokie. Na dowód, że to są właśnie prątki dyfterytyczne, odwołuje się autor do spostrzeżenia Kocha, który znalazł w nerce człowieka zmarłego z dyfteryi pęcherza zupełnie takie same bakteryje, jak się okazuje z przedstawionych członkom Zjazdu fotogramów.

E. kładzie szczególny nacisk na to, że bakteryje wywołujące proces dyfterytyczny u ludzi, są zupełnie identyczne z bakteryjami, które się znajdują u gołębi tą chorobą dotkniętych. Jeżeli więc objawy dyfteryi u ludzi i zwierząt przedstawiają pewne różnice, to te przypisać należy odmiennemu utkaniu błony śluzowéj tych ostatnich. Zresztą choroba ta ma tę właściwość, że nagabuje przedewszystkiém młode osobniki ludzkie i zwierzęce.

Ponieważ oddawna spostrzegano przypadki dyfteryi u bydła rogatego, psów i ptactwa i przeniesienie téj choroby ze zwierząt na ludzi i odwrotnie, nie ulegało przeto wątpliwości, że przyczyna wywołująca chorobę jest swoistą, polegającą na mnożeniu się tego samego przyrzutu. Odpowiednio do tego bardzo łatwo udawało się E. wywoływać u zwierząt wspomnianych dyfteryję przez zaszczepianie samych grzybków, które sam wyhodował metodą Kocha.

U 12 królików, 8 gołębi i wszystkich białych myszy, którym szczepiono grzybki dyfterytyczne z człowieka lub gołębi, znalazł E. grzybki te nietylko w błonie wypocinowéj i błonie śluzowéj, ale także we krwi i narządach wewnętrznych, a szczególnie w nerkach. Lecz częściéj zawarte są one we krwi w tak małéj ilości, że ich pod drobnowidem wykazać nie można.

Doświadczenia E. zdają się nie pozostawiać żadnéj wątpliwości co do przyczyny wywołującéj dyfteryję, tém bardziéj że i daty epidemijologiczne z niemi się zgadzają.

Godném uwagi jest przypuszczenie E., że najczęstszém siedliskiem przyrzutu dyfteryi jest ziemia i ztąd ptactwo, które na ziemi szuka pokarmu, jak gołębie i kury, najczęściéj ulega téj chorobie. W mieszkaniach przyrzut dostaje się między szparami pod podłogę i tém tłumaczy E. przypadek opisany w sprawozdaniu lekarskiém Królestwa bawarskiego: w małym pokoiku, przytykającym do dzwonnicy zachorowało troje dzieci na dyfteryję, które następnie pomarły. Mieszkanie poddano ścisłéj desinfekcyi, ściany zeskrobano i wybielono, podłogę starannie wymyto. Pomimo tego, kiedy w przeszło dwa tygodnie potém zajęła to mieszkanie inna rodzina, wszyscy jéj członkowie ulegli téj chorobie.

Również i wykazy statystyczne z różnych miast niemieckich okazują, że dyfteryja wzmaga się najwięcéj w tych miesiącach, w których ludzie zmuszeni są przebywać w mieszkaniach opalanych. Krieger wykazał, że w pewnéj wsi koło Strassburga najwięcéj srożyła się, choroba w tych mieszkaniach, w których panowała najwyższa ciepłota. E. kończy wreszcie uwagą, że znając nieprzyjaciela łatwiéj będzie można znaleźć sposób pokonania go; co najprędzéj da się uskutecznić w początkach choroby, kiedy ta jest jeszcze sprawą miejscową, a szukanie środków zaradczych jest tém więcéj dla dyfteryi pożądaném, o ile że choroba się powtarza u tego samego człowieka, a więc o skuteczności szczepienia ochronnego w téj właśnie chorobie już z góry powątpiewać należy. (*Deutsche med. Woch.*, Nr. 38). *Dr. Otto.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

Sekcyja lwowska

XI. zwyczajne posiedzenie z dnia 6 grudnia 1884.

Przewodniczący Dr. Widmann. Członków obecnych 21.

Kol. Merunowicz podaje do wiadomości Sekcyi, że wdowa po kol. Szeparowiczu ofiarowała pozostały po tymże bardzo ceuny zbiór książek (około 130 dzieł w 200 tomach) biblijotece Tow. lek. gal. i wnosi, aby dar przyjąć a pani Szeparowiczowéj wyrazić publicznie podziękowanie w organie Tow. lek. gal., co Zgromadzenie jednomyślnie postanowiło.

Kol. Różański oznajmia, że mu się właściwie nie należy podziękowanie uchwalone na IX posiedzeniu Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal. za starania około nabycia i przejścia książek po kol. Raspie pozostałych na własność biblijoteki Tow. lek. gal., albowiem pośredniczył tylko w téj sprawie pomiędzy Protomedykiem a rodziną po kol. Raspie.

Z porządku dziennego następuje wykład kol. Krówczyńskiego: O zapaleniu tryprowém pęcherza. Ponieważ wykład będzie ogłoszony w Przeglądzie Lekarskim, nie podajemy nawet streszczenia jego, ograniczając się do podania tego, co dla zrozumienia dyskusyi jest niezbędne. Prelegent za przykładem Guyona leczył zapalenie tryprowe pęcherza wkraplaniem rozczynu azotanu srebra (1 na 50) do pęcherza i otrzymywał nader zadowalające wyniki, a stanowczo lepsze niż leczeniem zazwyczaj używaném. Jedyną ujemną stroną tego sposobu leczenia jest ból, który jednak chorzy chętnie znoszą, przekonawszy się o skuteczności postępowania.

W dyskusyi kol. Ziembicki potwierdza, że wyniki leczenia zapalenia pęcherza wkraplaniem rozczynu azotanu srebra są zadowalające, jak to widział u Guyona i podniósł zarazem, że może godziłoby się w uporczywych przypadkach doświadczać rozszerzania szyjki pęcherza. — Kol. Tatarczuch interpeluje prelegenta, na jakiéj podstawie rozróżnia zajęcie szyjki pęcherza od właściwego zapalenia pęcherza, opierając się przedewszystkiém na oddziaływaniu moczu, który w obu przypadkach może być kwaśny. — Kol. Różański mimo sympatyi dla azotanu srebra, uważa antibakteryjne leczenie jako najracyjonalniejsze, a metodę Guyona uważa jako rzecz wcale nienową. — Prelegent w odpowiedzi podaje, że nigdy nie używał rozszerzania szyjki pęcherza; przypomina, iż jako regułę uważają zgodnie wszyscy autorowie, że obok zajęcia szyjki pęcherza jest mocz kwaśny, a w zajęciu pęcherza alkaliczny, ale jak każda reguła ma wyjątki, tak i powyższa. Metodę Guyona uważa sam twórca jéj jako rzecz nową i to z wszelką słusznością, jakkolwiek nie przeczy, że przed nim używano azotanu srebra *in substantia*. Nie przecząc, że przyczynowe leczenie jest najracyjonalniejsze, twierdzi prelegent, że wkraplaniem rozczynu azotanu srebra otrzymuje lepsze wyniki niż przez przepłukiwanie antibakteryjnemi środkami, a to według twierdzenia Guyona przedewszystkiém dla tego, że unikamy rozszerzenia pęcherza, koniecznego następstwa przy płukaniu pęcherza. Zresztą dzisiejszy stan nauki nakazuje więcéj opierać się na doświadczeniu, aniżeli na teoryi, która w najbliższéj przyszłości może uledz zmianie, podczas gdy prawdziwe spostrzeżenie doświadczeniem stwierdzone, zawsze prawdziwém i niezmienionem pozostanie. *Dr. Wiktor.*

VII. Listy z „Zachodniego kraju“.

IV.

W dzisiejszym moim liście postaram się przedstawiony

przed tém stan zdrowotny ludności 9 gubernij zachodnich poprzeć statystycznemi średniemi liczbami z lat ostatnich zaczerpniętemi ze sprawozdań urzędowych Departamentu medycznego. Obok całéj trudności, jaką przedstawia zbieranie tego rodzaju liczb, statystyka układana przez władze bez zainteresowania się najczęściéj samą sprawą do pewnego stopnia tylko zasługuje na wiarogodność, tém bardziéj, że wszędzie jeszcze mogą grać rolę i poboczne wpływy, które należy uwzględnić, jak naprzykład, że procent śmiertelności może być znacznie wyższym od zwykłego, gdyż w latach ostatnich w wielu gubernijach, a szczególnie w południowo-zachodnich, panowały choroby zrządzające znaczny ubytek wśród ludności: dur i błonica. Oto jak przedstawia się procent śmiertelności w każdéj gubernii: Kowieńska 2,32%, Wileńska 2,50%, Witebska 2,52%, Grodzieńska 2,52%, Mohylewska 2,55%, Mińska 2,85%, Wołyńska 3,02%, Kijowska 3,05%, Podolska 3,20%. Ztąd widzimy, że ludność w najlepszych zdrowotnych warunkach znajduje się w gubernii Kowieńskiéj, a śmiertelność w gubernijach najbogatszych i gdzie ludność najzamożniejsza, a mianowicie w Kijowskiéj i Podolskiéj, dochodzi do cyfr najwyższych. Przyczyną tego jest niski stan moralności w tych gubernijach pomiędzy ludem, gdzie nałóg pijaństwa więcéj rozwinięty niż w innych, a oprócz tego i wpływ epidemij przez lat parę, który tam śmiertelność znacznie powiększył. Zajmujące szczegóły procentowe co do chorych udających się o poradę lekarską wykazują cyfry następujące, lecz, że statystykę chorych zwykle lekarze nasi układają na pamięć odpowiadając na wezwanie urzędów lekarskich, dla tego nie może ona mieć naukowéj wartości, szczególnie w kraju zachodnim, gdzie ambulatoryjum odbywa się w prywatnych mieszkaniach lekarzy, a nie tak jak w ziemstwach gub. wielkorosyjskich, gdzie są tak zwane „prijemnyje“ (sale przyjęcia) w pewnych punktach miejscowości, dokąd się ludność chora udaje dla porady lekarskiéj, i gdzie kontrola jest możliwszą.

	Liczba chorych udających się o poradę lek.	Procent ludn. w gubern.
Wileńska	14,629	1,3
Witebska	64,902	6,5
Grodzieńska	33,202	2,7
Kijowska	71,787	3,1
Kowieńska	59,323	4,4
Mińska	18,117	1,3
Mohylewska	8,621	0,8
Podolska	45,267	2,2

Cyfry przytoczone tak znacznie różnią się w każdéj gubernii, że mało zasługują na wiarę. I tak naprzykład największy procent leczącéj się ludności przedstawia gubernija Witebska (6,5%) a najmniejszy sąsiednia z nią gubernija Mohylewska (0,8), trudno zaś przypuścić, aby ludność dwóch gubernij sąsiednich, żyjąca prawie w jednych i tych samych warunkach i mająca jednostajny poziom umysłowego rozwoju, tak różniła się co do zwyczajów.

W gubernijach wielkorosyjskich cały ciężar utrzymania szpitali i służby zdrowia spada na gminy, w 9 gubernijach zachodnich, nieposiadających ziemstw, asygnuje się corocznie na ten cel suma z tak zwanego guberskiego ziemskiego zboru od 12 do 54 tysięcy rubli, stosunkowo do obszaru gubernii i gęstości jéj zaludnienia, na potrzeby zdrowotne ludności wiejskiéj. Oprócz tego dla tych gubernij corocznie przeznaczaną bywa suma wypłacana z „prikazów obszczestwiennaho prizvenja“, a mianowicie od 15 do 125 tysięcy rubli na utrzymanie szpitali według ilości etatowych łóżek po szpitalach. Ilość jednakże łóżek nie odpowiada ściśle potrzebom ludności w każdéj miejscowości. Przy braku zaufania do szpitali włościanin do niego udaje się chyba w ostateczności, jak naprzykład dla jakiegoś rękoczynu, lub po jakiémś ciężkiém uszkodzeniu, co miewa najczęściéj miejsce latem w czasie robót polnych. W czasie zdrowym zwykle łóżka są po szpitalach nieraz w połowie tylko zajęte, a podczas epidemii, ilość łóżek bywa podwajana. W latach ostatnich ilość szpitali i łóżek w kraju zachodnim przedstawia się w następujący sposób:

Gubernije	Ilość szpitali	Ilość łóżek
Wileńska	20	873
Witebska	30	599
Wołyńska	27	531
Grodzieńska	27	603
Kijowska	25	700
Kowieńska	20	540
Mińska	25	659
Mohylewska	22	355
Podolska	68	746
	średnia liczba	
Ogólna liczba szpitali	264	łóżek 5,606

Daty te wykazują, że następujące choroby są najczęstszemi: Choroby weneryczne, zimnica, gorączki katarowe, reumatyzm, dur, zapalenie płuc i opłucny, katary dróg oddechowych, choroby oczu, rany charłaczne, grużlica, pomieszanie zmysłów, obrażenia, choroby organiczne dróg oddechowych, choroby miejscowe organów płciowych, zapalenie krtani, chroniczny nieżyt kiszek, wodna puchlina, apopleksyja i porażenia pijaństwo. Inne choroby po szpitalach stanowią mniej niż ½ procentu.

Co się tyczy śmiertelności po szpitalach to ona w zachodnich gubernijach przedstawia się jak następuje:

Wileńska 9,0, Witebska 5,8, Wołyńska 6,0, Grodzieńska 8,2, Kijowska 4,4, Kowieńska 5,5, Mińska 5,0, Mohylewska 6,6, Podolska 7,0.

Ogólna liczba lekarzy w Państwie rosyjskiém według spisu za r. 1884. wykazala 16.700, w téj liczbie 388, którzy otrzymali stopień lekarza w r. 1883. Liczby téj jednakże nie można uważać za pewną, bo w spisie pomieszczono przez nieświadomość nazwiska lekarzy zmarłych od lat kilku.

Co się tyczy gub. zachodnich to liczby wszystkich lekarzy tam zamieszkałych określić nie podobna, podajemy tylko tych, którzy podlegają zarządom lekarsko gubernijalnym, wyjąwszy lekarzy wojskowych zmieniających często miejsce, i nienależących do stale zamieszkałych. Przedstawia się liczba tych lekarzy jak następuje: Gubernija Wileńska 90, Witebska 33, Wołyńska 40, Grodzieńska 63, Kijowska 68, Kowieńska 77, Mińska 46, Mohylewska 37, Podolska 38. — Ogółem 492.

Ogólna liczba felczerów w Rosyi wynosi 4.700, na gubernije zachodnie wypadnie może ze 200, ale policzywszy niedyplomowanych, którzy się tą profesyją trudnią, liczba o cztery razy się powiększy, tém bardziej, że do tej liczby trzeba wciągnąć dentystów, którym dozwolona praktyka daje możność do przekraczania zakresu swéj szczupłéj specyjalności.

Statystyka aptek i bliższe szczegóły o zawodzie aptekarskim w naszéj prowincyi będą przedmiotem następnego mego listu.

Jan Iłgowski.

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 14—20 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 29,7. Z odry umarło 2, z płonicy 5, z błonicy 2, z róży 2. Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach odry, 6 płonicy, 1 błonicy, 1 krztuśca, 1 róży. W tygodniu od 7—13 grudnia umarło z ospy w Londynie 45, świeżo zapadło 212, leczyło się w szpitalach 1103. W Genewie i Aleksandryi umarło z ospy po 1, w Paryżu i Warszawie po 2, w Petersburgu 3, w Pradze i Odesie po 4, w Wiedniu i Madrycie po 6. w Wenecyi 7, w Lizbonie 10. Odra panuje w Brukselli, Amsterdamie a szczególniéj w Kopenhadze, gdzie umarło 41 osób z odry. Z duru osutkowego umarło w Wiedniu, Petersburgu i Lizbonie po 1, w Madrycie 4. Z cholery umarło w Paryżu 7. W Saragosie od 24—30 listopada 2, w Bombayu od 4—11 listopada 18, w Madrasie od 2—7 listopada 3, w Kalkucie od 25 października do 1 listopada 13.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 7—13 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,2; w Warszawie 29,4; w Wiedniu 25,3; w Budapeszcie 21,4; w Pradze 29,6; w Berlinie 24,8; w Hamburgu 26,4; w Gdańsku 28,0; w Mnichowie 27,1; w Dreźnie 20,9; w Lipsku 23,4; w Bazylei 20,9; w Brukseli 30,7; w Amsterdamie 33,2; w Hadze 25,3; w Paryżu 25,2; w Londynie 21,3; w Kopenhadze 37.0; w Stokholmie 22,9; w Chrystyjanii 22,7; w Petersburgu 26.2; w Odesie 27,0; w Rzymie 22,4; w Wenecyi 42,5; w Bukareszcie 22,6; w Madrycie 28,0; w Lizbonie 27,1; w Aleksandryi 37,3; w Nowym Yorku 25,5; w Filadelfii 20,3; w Bombayu 25,7; w Madrasie 36,3. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 stycznia. Aby pomimo nawału prac uczynić zadość wszelkim życzeniom szan. współpracowników, a przedewszystkiém życzeniu uprawnionemu, aby prace niedługo zalegały w tece redakcyjnéj, Komisyja redakcyjna Przeglądu Lek. zgodziła się w roku ubiegłym na wydanie $8\frac{1}{2}$ arkusza więcéj, aniżeli wydać była obowiązaną, a mimo tego znacznego wydatku redakcyja widziała się zmuszoną, w ostatnich zwłaszcza kilkunastu numerach, ograniczyć rubrykę sprawozdań i wyciągów, i zamknąć chwilowo kilka innych rubryk, jak Wiadomości pomniejszych, Kazuistyki i Felijetonu. Rozpoczynając rok nowy z obfitym zapasem prac i sprawozdań oryginalnych będziemy mieli do walczenia z podobnemi trudnościami; chcąc znaleźć szybkie pomieszczenie dla prac już nadeszłych i zapowiedzianych, a nie mogąc ciągle i znacznie przekraczać granic, które mamy sobie zakreślone, będziemy zmuszeni do jak największéj oszczędności pod względem miejsca, aby z uszczerbkiem dla pisma nie skazać na zagładę rubryk wyżéj wspomnionych. Udajemy się przeto do szan. kolegów Sprawozdawców i Sekretarzy Towarzystw z prośbą, aby w sprawozdaniach swych raczyli uwzględnić ten dotkliwy brak miejsca i z tego powodu ograniczali się do podawania treści ściśle naukowéj, pomijając szczegóły mniéj ważne lub nieobchodzące obszerniejszych kół lekarskich, lub téż redakcyję upoważnili do uskuteczniania tych zmian i skróceń, które uzna za nieodzownie potrzebne. Tuszymy sobie, że szan. koledzy nie wezmą nam za złe tego odezwania się i nie odmówią nam pomocy swéj w usilném staraniu naszém, aby nie zwiększając znacznie objętości podnieść jednak coraz więcéj wartość Przeglądu Lekarskiego.

* Celem uniknienia mimowolnego pominięcia sprawozdania z dzieł i rozpraw treści lekarskiéj, po polsku drukowanych, Komisyja sprawozdawcza do roczników medycyny Virchowa i Hirscha, uprasza pp. autorów i wydawców o nadsyłanie jednego egzemplarza nowych dzieł i rozpraw pod adresem Dra Leona Kopffa Kraków, Szczepańska, Nr. 1.

* W roku ubiegłym nauka i zawód lekarski doznały strat bolesnych. Po nad wszystkiemi góruje strata, którą nauka poniosła przez śmierć Cohnheima, chemików Dumasa, Wurtza i naszego Natansona, fizyjologów Vierordta i Wittcha, dermatologów Wilsona i Zeissla, okulisty Jägera. Oprócz nich umarli: anatomowie Albrecht, Ercolani i Thomson, chemicy Zweiger i Kolbe, farmakolog Radius, chirurdzy Adelmann i Gross, pedyjatra Bokai, elektroterapeuta Brenner, psychijatrzy Freze i Neumann, higijeniści i lekarze sądowi Fauvel, Fonssagrives, Friedberg i Pelikan. Z lekarzy bardziéj znanych umarli: Fagge, Hausen, Frentzel, Vivenot, Kolisko, Massari, Roretz, Davila, Köstlin, Meissner, Horstmann, Meydell, Avé-Lallemant, Bruntzel. Chvostek, Lessing, Cohen, Bodinus. Z kolegów rodaków zmarli: Chamaides, Czulik, Danek, Fajans, Girdwoyn, Giwartowski, Glück, Józefczyk, Kaczkowski, Klimaszewski, Klink, Laskowski, Lebiedziński, Mühlhausen, Neuhauser, Rosenzweig, Schützer, bracia Steuermarkowie, Swiderski, Szerlecki, Towarnicki, Trommelschläger, Wersocki. Czesi stracili: Amerlinga, Jiruša i Kudyma. Cześć ich pamięci!

Wiedeń. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego odbytém dnia 15 grudnia 1884 mówił docent Dr. Weichselbaum prosektor w szpitalu Rudolfa o etyjologii i anatomii patologicznéj chorób zakaźnych. Rzuciwszy treściwy pogląd historyczny na rozwój badań drobnowidowych nad pasorzytami ustroju ludzkiego, starał się wykazać, że chorób zakaźnych nie możemy umiejętnie pojmować ani ze stanowiska klinicznego, ani anatomicznego, lecz jedynie i wyłącznie ze stanowiska etyjologicznego. Choroby zakaźne wywołują grzybki, które dają się podzielić na dwie wielkie grupy: Dwoinki (*Spaltpilze*) i Pleśniawki (*Schimmelpilze*). Pierwsza grupa rozpada się znowu na 3 działy: *a*) mikrokoki, *b*) laseczniki i *c*) krętowłoski. Stosownie do tego rozróżniać wypada: *A*. Choroby zakaźne wywołane przez dwoinki a w szczególności *a*) przez mikrokoki: zapalenie płuc, róża i zapalenie tkanki podskórnéj, *b*) przez laseczniki: gruźlica, dur brzuszny, kiła, *c*) przez krętowłoski: dur powrotny, cholera. *B*. Choroby zakaźne wywołane przez pleśniawki, do których zaliczyć należy aktynomykozę i cały szereg chorób, które polegają na mnożeniu się grzybka zwanego *aspergillus*. W dalszym ciągu opisawszy zmiany anatomiczne niektórych chorób zakaźnych mówił prelegent o sposobach postępowania przy hodowaniu grzybków i zasłudze Kocha, który w żelatynie stałéj a przeźroczystéj podał środek do uzyskiwania niczém nie zanieczyszczonych kolonij grzybków pewnego rodzaju (*Reinculturen*), a więc nieoceniony sposób do ściśle umiejętnych spostrzeżeń. W końcu nadmienił W. o swych doświadczeniach robionych w ostatnich czasach nad lasecznikiem duru brzusznego wspólnie z docentem Heinem, prymaryjuszem oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu Rudolfa, który w Nrze 40 *Centralblatt für d. med. Wissenschaften*, 1884 podał krótką wiadomość o téj sprawie. Obaj badacze są tego przekonania, że wykazanie charakterystycznego lasecznika duru brzusznego we krwi dobytéj ze śledziony chorego strzykawką Pravaza będzie wkrótce cennym środkiem rozpoznawczym téj choroby. Wykazanie zaś to nie przestawia już dziś żadnych trudności tak na drodze badania drobnowidowego (*methylviolett*), jak pod względem otrzymania nader charakterystycznych kolonij lasecznika w peptonowéj żelatynie (*Fleischwasser-Pepton-Gelatine*), któreto kolonije według Gaffkyego rozwijają się w 24 godzin po zaszczepieniu.

Dr. X. Y.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Charków**. Docenci prywatni Drowie Anrep, Dudukalów, Kowalewski i Sobbotin mianowani zostali proff. nadzw. — **Wiedeń**. Prof. Meynert otrzymał tytuł i charakter radzcy dworu. — **Kijów**. Docent prywatny akad. lek. w Petersburgu Dr. Lösch mianowany został nadzw. prof. dyjagnostyki lekarskiéj. — **Kazań**. Docent prywatny Dr. Stuleński mianowany został prof. chirurgii operatywnéj. — **Petersburg**. Dr. Woroncow mianowany został prof. adjunktem weterynaryi w akademii lekarskiéj. — **Grac**. Nadzw. prof. Dr. Ebner mianowany został zwyczajnym prof. histologii i embryjologii.

* **Nekrologija**. W Berlinie umarł w 80tym roku życia emeryt. lekarz jeneralny Dr. Grimm.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 52: Rejchmana: Badanie nad trawieniem mleka w żołądku ludzkim (dok.); Nenckiego: Projekt przepisów żywienia w szpitalach warszawskich (dok.).— W *Medycynie* Nr. 52: Dobrzyckiego: Uczczenie 25-letniéj pracy Hoyera; Auslandera: O masażu czyli miesieniu jako metodzie leczniczéj (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Elektryczność i magnetyzm przez prof S. P. Thompsona, przekład J. J. Boguskiego. Warszawa, T. Paprocki i wsp. 1885, in 8vo str. 517 z 170 drzeworytami w tekście.

Prof Dr. JURASZ: Seröse Perichondritis der Nasenscheidwand. (Odbitka z „D. med. Woch.“ 1884) in 8vo str. 4.

A. GEIER (Aus der ambul. Klinik des Prof. Jurasz in Heidelberg): Zur Wirkung des Cocainum muriat. auf die Schleimhaut des Gaumens, Rachens u. Kehlkopfes. (Odbitka z „Berl. klin. Woch.“ 1884), in 8vo str. 7.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 7 stycznia br. o godzinie szóstéj popoł. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie administracyjne.

W Poniedziałek dnia 12 stycznia o godz. 6éj wieczór odbędzie się w sali posiedzeń Akademii Umiejętności ogólne IX Zgromadzenie Członków Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich, na którém Zarząd Wydawnictwa zda sprawę z funduszów i czynności w r. 1884 dokonanych. Na Zgromadzenie to szanownych Członków i Prenumeratorów Wydawnictwa uprzejmie zapraszam. *Prof. Dr. Korczyński.*

* **Przed samém zamknięciem Numeru dowiadujemy się o śmierci Józefa Brodowicza, zaszłéj d. 1 b. m. po południu.**

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 10 stycznia 1885. № 2. Rok XXIV.

I. Z Zakładu farmakologicznego w Dorpacie.

Nowy odczynnik na połączenie tlenku węgla z hemoglobiną.

Podał Dr. **Stanisław Szczepan Zaleski.**

Asystent przy tymże Instytucie.

Pewne badanie toksykologiczne dało mi możność zwrócenia uwagi na następującą reakcyję tlenku węgla: Roztwory chlorku miedzi ($Cu_2\,Cl_2$) w kwasie solnym albo amonijaku pochłaniają tlenek węgla w znacznych ilościach. Należało się więc spodziewać, że jeżeli roztwór podobny z możliwie obojętném oddziaływaniem podziała na połączenie tlenku węgla z hemoglobiną, powinowactwo tegoż roztworu do tlenku węgla okaże się większém, aniżeli do hemoglobiny. W tym celu przygotowałem roztwory $Cu_2\,Cl_2$ w HCl o rozmaitém zgęszczeniu i zobojętniałem je następnie amonijakiem. Żaden z powyższych roztworów nie był w jednym i tym samym stopniu zobojętniony, używałem bowiem roztworów od słabo kwaśnego aż do słabo alkalicznego odczynu. Kilka kropli takiego roztworu $Cu_2\,Cl_2$ wystarczało, aby w 5—10 cm. sz. krwi wywołać następujące zjawiska: Z krwi, zawierającéj tlenek węgla, wydziela się po kilku minutach gęsta, ceglasta, kosmkowata masa, gdy zwyczajna krew zawiera ciemny, czekoladowo-brunatny osad. Powyższe różnice w zabarwieniu występują szczególniéj wyraźnie wtedy, gdy oba osady pozostawia się przez czas dłuższy, aby zupełnie na dno opadły, zlewa się płyn nad niemi zebrany, a pozostałość wodą rozcieńcza.

Fakt niniejszy posłużył za pobudkę do wypróbowania także wpływu innych preparatów miedzi na krew zwykłą i zawierającą tlenek węgla. W tym celu wykonane zostały liczne reakcyje z roztworami siarczanu, chlorku miedziawego, octanu i azotanu miedziowego ($Cu\,SO_4$, $Cu\,Cl_2$, $Cu\,(C_2\,H_3\,O_2)_2$, $Cu\,(NO_3)_2$), przyczém starałem się empirycznie oznaczyć stopień zgęszczenia odczynników, zarówno jak i ich ilościowy stosunek do próby krwi. Przedewszystkiém zauważyć należy, że każdy ze wspomnianych preparatów miedzi wywołał co do zabarwienia obu równoległych prób krwi te same zjawiska, jak zaznaczono powyżéj przy reakcyi z roztworem chlorku miedzi w kwasie solnym, *resp.* w amonijaku. Roztwory tlenników mają nad roztworami chlorku miedzi tę wyższość, że je łatwiéj przygotować, i że więcéj są trwałe. Nasycony roztwór odpowiedniéj soli rozcieńcza się potrójną ilością wody. Krwi bierze się 2 cm. sz. i rozcieńcza taką samą ilością wody. Do 4 cm. sz. tak powstałéj próby krwi dodać należy roztworów $Cu\,SO_4$ albo $Cu\,(NO_3)_2$ 3 krople, roztworu $Cu\,Cl_2$ 2 krople, roztworu $Cu\,(\bar{A})_2$ 7 kropli. Po dodaniu odczynnika należy dobrze wstrząsnąć epruwetką. Jeżeli się doda o jednę kroplę za mało, nie należy się spodziewać, aby reakcyja nastąpiła; jeżeli się doda 1—2 kropli za wiele, można jeszcze wprawdzie spostrzedz oddziaływanie, ale tylko przejściowo. Osobne doświadczenia przekonały mnie, że z pozostałych gazów, które krew może pochłaniać: tlen (O), kwas węglowy (CO_2), siarkowodowy (SH_2), chloroform ($CH\,Cl_3$), kwas pruski (HCN), tlenek azotu ($N_2\,O$) **n i e d a j ą** powyższéj reakcyi.

Krew, zawierająca CO, oddziaływa na roztwory miedzi nawet po 12stodniowém staniu przy pokojowéj temperaturze. Szkoda tylko, że czułość reakcyi nie jest bardzo wielką. Jeżeli zmięsza się krew, nasyconą tlenkiem węgla, z równą ilością krwi zwykłéj, reakcyja występuje wtedy jeszcze dosyć wyraźnie. Po zmięszaniu jednak jednéj części krwi, zawierającéj CO, z 3ma częściami krwi zwykłéj, staje się już bardzo chwiejną. Tym sposobem stopień jéj czułości jest ten sam, co reakcyi Salkowskiego, która według moich badań należy do najpewniejszych.

Jeżeli się rurkę szklaną, w któréj przedsięwzięto reakcyję, zatopi, to można tę reakcyję rozpoznać wyraźnie jeszcze po 5 tygodniach. Dodanie soli miedzi nie przeszkadza bynajmniéj spektralnemu badaniu: próba krwi po dodaniu przetworu miedzi wykazuje charakterystyczne smugi absorpcyjne zarówno przed, jak i po redukcyi za pomocą siarczku amonu.

Tym sposobem pozostało nam tylko za pomocą doświadczeń na zwierzętach wypróbować pewność reakcyi. W tym celu upuszczałem krwi zwierzętom, zatrutym tlenkiem węgla, w różnych okresach zatrucia a także i po śmierci i przekonywałem się zawsze, że charakterystyczne zabarwienie osadu występowało po wkropleniu któregokolwiek z 4 powyższych preparatów miedzi, a w zatopionych rurkach utrzymywało się nawet po 3—4 tygodni a może i dłużéj. Długo trwające kłócenie krwi w celu wydalenia z niéj włóknika, jak również 1—1½ godziny sztuczny oddech u zwierzęcia, zatrutego CO, nie wpływa w znacznym stopniu na samo oddziaływanie. Doświadczenia, przedsięwzięte na zwierzętach w celu skontrolowania reakcyi ze wszystkiemi innemi wyżéj wymienionemi gazami, doprowadziły do zupełnie ujemnych rezultatów. Zupełnie jest obojętném, czy ze zwierzęcia, zatrutego tlenkiem węgla, wziąć próbę zaraz po śmierci, czy téż dopiero po kilku dniach, czy pozostawić trupa w pokojowéj temperaturze, czy też przez kilka dni w zimnie aż do stężenia.

Wyniki swoich badań zestawiam w następujących zdaniach:

1) Reakcyja z solami miedzi zasługuje, ażeby ją zaliczono do rzędu reakcyj na połączenie tlenku węgla z hemoglobiną (CO hb).

2) Z tego względu godną jest uwagi w celach sądowo-lekarskich.

3) Reakcyja za pośrednictwem miedzi tém się od innych odznacza, że charakterystyczne zabarwienie utrzymuje się także i na powietrzu, w otwartych naczyniach, jeżeli je tylko w spokoju pozostawić.

4) Reakcyja ta pozwala nam z jednéj i téj saméj porcyi wnosić o obecności CO we krwi także i drogą spektralnéj analizy.

5) W celach sądowo-lekarskich kwalifikuje się do przechowywania prób w zalutowanych rurkach [1].

II. O rozmaitości form uwiądu rdzenia pacierzowego.

Napisał prof. Adamkiewicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

W celu drobnowidowego badania skrawków barwiłem je safraniną według metody[2]) niedawno temu przezemnie podanéj. Korzyść, jakiéj nam ta metoda użycza, polega na tém, że barwi różnie i we właściwy sposób z jednéj strony istotę zawartą w pochewkach rdzennych nerwów, a z drugiéj strony tkankę podścieliskową, względnie jéj jądra. Badający jest więc w stanie śledzić równocześnie zachowanie się chorych włókien nerwowych i śródmiąższowéj tkanki łącznéj i wyniki otrzymane przy badaniu nerwów kontrolować przez ich porównanie z wynikami otrzymanemi z badania tkatki śródmiąższowéj.

Safranina, barwiąc wśród pewnych warunków tylko warstewkę cienką zazwyczaj przyległą do włókienka osiowego, posiada własność barwienia całéj pochewki rdzeniowéj na czerwonobrunatno w tych rdzeniach, które zostały stwardnione w rozczynie zwłaszcza soli chromowéj, gdy skrawki przed barwieniem wystawi się przez jakiś czas na działanie rozczynu chromanu potasowego.

Przy silném powiększeniu można rozpoznać, że barwik czerwonobrunatny tkwi przedewszystkiém w istocie rdzennéj nerwów, z których składa się istota biała rdzenia pacierzowego. Ta istota rdzenna składa się z kilku pierścieni, z których najzewnętrzniejszy lub też przylegający tuż do włókienka osiowego lub tak też jeden jak i drugi pierścień szczególnie ciemno jest zabarwiony. Ciemno zabarwione pierścienie odpowiadają chromoleptycznéj istocie, jasne pierścienie zaś właściwéj osłonce rdzeniowéj.

Bardzo pięknie występują równocześnie także tak zwane „bezrdzenne“ włókna siatki nerwowéj, rozgałęziającéj się w szaréj istocie rdzenia, na dowód, że ponieważ safranina nie barwi włókienka osiowego, także „bezrdzenne“ włókna zawierają istotę chromoleptyczną.

Barwieniu jednak tkanki śródmiąższowéj, jakotéż zachowaniu preparatów nie sprzyja niestety stwardnienie rdzenia w rozczynie soli chromowéj. Preparaty bowiem zamknięte w balsamie kanadyjskim zmieniają się po jakimś czasie. Jeżeli więc chce się otrzymać zabarwienie jąder tkanki śródmiąższowéj i samą tkankę śródmiąższową, to należy skrawki z rdzeni stwardniałych w rozczynie soli chromowéj włożyć przed barwieniem do płynu Müllera na kilka dni. Jeżeli teraz barwi się skrawki safraniną, to barwią się nietylko nerwy, ale także jądra tkanki łącznéj i tkanki neuroglijowéj, a mianowicie barwią się fijołkowo. Jeżeli ma być cała siatka neuroglijowa wraz z jądrami przedstawioną, to korzystną jest rzeczą użyć do barwienia wyskokowego rozczynu safraniny, gdyż ten nadaje całéj sieci neuroglijowéj lekki fijołkowy odcień.

Najprzód rozchodziło się o poznanie ogólnego obszaru zwyrodnienia w powrózkach tylnych i jego rorzprzestrzenienia się wzdłuż całego rdzenia, a następnie należało określić przyrodę sprawy chorobowéj, która sprowadziła zwyrodnienie.

Obu tym zadaniom odpowiedziała safranina w wyborny sposób. Barwiąc bowiem chromoleptyczną istotę i istotę rdzenną brunatno-czerwono przy pewném postępowaniu z preparatami wyszczególnia safranina tkankę zdrową od choréj w bardzo wybitny sposób. Przestając zaś barwić istotę rdzenną i chromoleptyczną już wtedy, kiedy zaledwie pierwsze początki zwyrodnienia pojawiają się w nerwach, daje nam wspomniany barwik pewny środek do rozróżnienia pierwotnego zwyrodnienia nerwów.

Do przedstawienia obszaru zwyrodniałego w tylnych powrózkach i jego rozprzestrzenienia się wzdłuż rdzenia pacierzowego użyłem metody barwienia osłon rdzennych. Przy téj metodzie występuje przy małém powiększeniu tkanka, zawierająca zdrowe, t. j. prawidłowe, nerwy w barwie brunatno-czerwonéj, a części składające się z chorych, t. j. ze zwyrodniałych nerwów występują albo w barwie białéj albo nie barwią się wcale.

Bezbarwne obszary mają w rdzeniu chorym następujący kształt i ułożenie.

Część szyjna. Tu, a szczególnie w obszarze nabrzmienia szyjnego, występują one ,bardzo pięknie i ostro. Bezbarwnemi są:

1) Powrózki Golla w całéj swéj rozciągłości z wyjątkiem wąskiéj obwódki przy tylnym brzegu. Ta obwódka jest tylko słabo zabarwiona i przechodzi powoli w bezbarwne pole.

---

[1]) Próbę, podaną przez kol. Zaleskiego, skontrolowano w Zakładzie sądowolekarskim i uznano ją jako równorzędną na razie z próbą Salkowskiego, jakkolwiek może nie tak trwałą. *Redakcyja*

[2]) Rozprawy wiedeńskiéj Akademii Umiejętności Tom LXXXIX. Zeszyt kwietniowy 1884. (Neue Rückenmarkstinctionen).

2) Zwyrodniałe są daléj środkowe części powrózków Burdacha. Te części mają właściwą ostro odgraniczoną postać. Przypominają one tak swym kształtem, jak i wzajemném swém położeniem wycięcia w skrzypcach podobne do *f*. Każda z tych luk podobnych do *f* jest otoczona z czterech stron prawidłowo zabarwioną tkaniną.

Przy spoidle ma ta tkanka kształt ostro odgraniczonego półksiężyca. Nazywam ją dla tego przodkowym sierpem. Ten sierp pochyla się ku dołowi wzdłuż wewnętrznego obrysu tylnego rogu, doń przylegającego i wysyła w tym kierunku wypustkę ku dołowi.

Przy tylnym brzegu rdzenia jest prawidłowo zabarwione pole większém, niż przy spoidle — jest jednakowoż podobnie ukształtowane. Nazywam je tylnym sierpem.

Pomiędzy wypustkami obu sierpów ciągnie się wzdłuż wewnętrznego brzegu szarego rogu tylnego jako trzecie odgraniczenie, a mianowicie jako odgraniczenie zewnętrzne pola, podobnego do *f* wąski pasek prawidłowo zabarwionéj tkanki i tworzy połączenie obu sierpów. Pasek ten mieści w sobie nerwy, idące z tyłu od tylnych korzeni — i biegnące w kierunku od przodu na zewnątrz, a tak zwane przezemnie [1]) „białe włókna tylnych powrózków“. Cały więc pasek może być słusznie uważanym za: „pas korzeniowy“ Włókna tylnych korzeni wnikają właśnie w kąt, zawarty między szarym tylnym rogiem, a powrózkiem klinowym i rozpromieniają się w kierunku ku wewnątrz. Białe włókna tylnych powrózków okrążają górną granicę głowy tylnego rogu, spotykają się w powrózku klinowym z włóknami tylnych korzeni, (będąc same poczęści ich dalszym ciągiem) i nikną zwolna w powrózku klinowym. Czwarte, a zarazem wewnętrzne odgraniczenie pola, podobnego do *f*, przylegające do powrózków Golla, jest utworzone tylko przez wąski linijowy paseczek.

Krótko mówiąc: Jeżeli sobie pomyślimy pole, mniéj więcéj do *f* podobne wycięte z każdego powrózka klinowego, a mianowicie właśnie z jego środka, to pozostałość na około powstałego otworu obejmuje właśnie wspomniane odgraniczenia, jako zdrową część, wolną od schorzenia uwiądowego.

Właśnie opisane zachowanie się zabarwionych i bezbarwnych odcinków w tylnych powrózkach napotykamy w przebiegu całéj części szyjnéj rdzenia pacierzowego. Jedynie zachodzą małe tylko różnice.

Powyżéj nabrzmienia szyjnego są plamy białe, podobne do *f* nieco mniejsze i przyjmują postać dwu wielkich przecinków, zwróconych do siebie swoją wypukłością. Odpowiednio do tego powiększa się tu cała zabarwiona pozostałość powrózków klinowych. Tak przedni jak i tylny sierp przedstawiają się jako dość rozległe pola, łatwo rozpoznać można pas korzeniowy po każdéj stronie, i widzieć nadto można, jak delikatny pasek, tworzący wewnętrzne odgraniczenie zwyrodniałego pola w nabrzmieniu szyjném rozszerza się tu w szeroki pas. Pas ten ciągnie się jako bezpośredni ciąg dalszy dolnego sierpu wzdłuż wewnętrznego brzegu powrózków klinowych, stając się coraz węższym, aż do górnego sierpa.

Poszczególne odcinki obu zabarwionych resztek powrózków klinowych z górnéj części szyjnéj nie są jednako wo jak w nabrzmieniu szyjném, ani też w porównaniu między sobą, jednako silnie zabarwione.

W ogólności są bledsze, niż w obrzmieniu szyjném, a w szczególności można rozróżnić w każdym odcinku centralną jaśniejszą i obwodową, a więc przylegającą do szaréj istoty, część ciemniéj zabarwioną.

Powrózki Golla są w górnéj części szyjnéj rdzenia, podobnie jak w nabrzmieniu szyjném, bezbarwne i tylko przy tylnym brzegu lekko czerwono zabarwione w małym odcinku.

Część piersiowa. Od części szyjnéj rdzenia ku dołowi zmienia się rysunek w tylnych powrózkach. Tylny sierp i wewnętrzny pasek graniczny zwyrodniałego pola do *f* podobnego tracą zwolna swą barwę. Od 5go korzenia piersiowego ku dołowi nie ma ich już wcale. Pozostaje tylko po obu stronach dosyć rozległy pas korzeniowy i pasek, który się wzdłuż wewnętrznego brzegu tylnego rogu ciągnie aż do przedniego sierpu. Przodkowy sierp sam nie jest zupełnym: ze środkowéj jego części brak mu po każdéj stronie maleńkiego kawałeczka.

Jeszcze więcéj ku dołowi zaczyna znikać pas korzeniowy, a sierp przedni staje się znów zupełniejszym. W wysokości 3go kręgu lędźwiowego tworzą oba razem pasek jednolity, który po obu stronach rozpoczyna się śpiczasto w okolicy głowy rogu tylnego i rozszerza się ku spoidłu. Lecz w wysokości 5go korzenia lędźwiowego brak już jest zupełny pasu korzeniowego, podczas gdy przodkowy sierp przed stawia się znów w rozległych rozmiarach.

Nadto zasługuje na szczególną wzmiankę następna jeszcze okoliczność. W części piersiowéj rdzenia — oprócz opisanego paska składającego się z pasu korzeniowego i części przodkowego sierpa pozbawioną została reszta powrózków tylnych zdolności zabarwienia się.

W górnéj części lędźwiowéj natomiast występuje w tylnéj jednéj trzeciéj części linii środkowéj (raphe) małe owalne pole wśród niezabarwionego obszaru w pięknéj barwie. Równocześnie zaś zaczyna się obszar tylnych korzeni słabo barwić.

W niższéj części lędźwiowéj wreszcie niema z zabarwionego owalnego pola żadnego śladu, a obszar tylnych korzeni barwi się słabo.

Poznawszy kształt i rozszerzenie się obszaru zwyrodniałego w tylnych powrózkach pozostaje nam zadanie określić dokładniéj rodzaj zwyrodnienia tego obszaru. Silniejsze powiększenia dają nam w tym kierunku wyjaśnienie.

1) Przy miernie silném powiększeniu możemy poznać, że zabarwione części składają się głównie z brunatno czerwonych, gęsto obok siebie ułożonych kółek, różnéj, czasem minimalnéj wielkości. Kółka wspomniane odpowiadają pochewkom rdzennym nerwów poprzecznie przeciętych. Pomiędzy niemi ciągną się tu i ówdzie nerwy, ułożone w pęczki wzdłuż obszaru korzeni nerwowych. Pęczki te występują szczególnie pięknie w świeżych preparatach safraninowych i przedstawiają się ze swemi podwójnemi brzegami, odpowiadającemi zabarwionéj osłonce rdzennéj, jako wstęgi obrąbione dwoma czerwonemi paseczkami.

W częściach niezabarwionych rozpoznać można wśród tych samych warunków bladą, lekko fijołkowo przezierającą, delikatną tkaninę o siatkowatéj budowie i o nieregularnych najczęściéj silnie zgrubiałych oczkach.

Oczka są po największéj części próżne, tu i ówdzie znajdują się atoli w nich pojedyńcze przekroje nerwów. Przeważna część tych przekrojów nerwowych jest bladą i niezabarwioną. Niektóre są zabarwione już to mniéj, już też więcéj. Wśród choréj tkanki wciśnięte są małe grupy i gniazdka prawidłowo zabarwionych przekrojów nerwowych.

[1]) Rozprawy wiedeńskiéj Akadem. Umiejętn. Tom 89.

Dalsze szczegóły widoczne są przy silniejszych powiększeniach. Przekroje nerwów tkanki zdrowéj normalnie zabarwionéj stanowią czerwonobrunatne pierścienie, otaczające bezbarwne włókienka osiowe. Główna masa tych pierścieni jest jasnoczerwonawa. W sąsiedztwie włókienka osiowego lub też w sąsiedztwie osłonki rdzennéj lub też wreszcie w obu miejscach znajdują się ciemniéj zabarwione koła — koła chromoleptycznéj istoty.

W tkance zwyrodniałéj uderza przedewszystkiém siatka neuroglijowa obfitująca w luki. Przez użycie wyskokowego roztworu safraniny można, jak wspomniano, pięknie ją zabarwić. Beleczki neuroglijowe choréj tkanki są silnie rozszerzone, a w wielu miejscach także istniejące przedtém luki znacznie zwężają je lub też w całości zamykają. Liczba jednak jąder w zgrubiałych beleczkach tkaninowych równa się liczbie jąder znajdujących się w zdrowéj tkance neurogliowéj. Wytworzenie się nowych pierwocin śródmiąszowych nie może być więc powodem zgrubienia beleczków neuroglijowych. Musimy sobie raczéj wyobrazić, że tak zgrubienie beleczków, jak i zamknięcie luk nastąpiło skutkiem retrakcyi tkanki neuroglijowéj — i że obie te sprawy wywołane zostały przez pierwotny zanik włókien nerwowych. W zdrowéj tkance przebiegają nerwy w lukach siatki neuroglijowéj i podpierają jéj beleczki. Gdy jednak zanikają nerwy, to tracą beleczki swój punkt podpory a luki dla tego zapadają się. W ten więc sposób jasném jest, dla czego przy uwiądowém zwyrodnieniu nerwów chore powrózki tylne tak znacznie tracą na objętości nawet bez rektrakcyi nowowytworznéj tkanki łącznéj.

Że jednak nerwy w obszarze zwyrodniałym ulegają pierwotnie zwyrodnieniu, dowodzi tego nie tylko właśnie co opisane zachowanie się neuroglii i brak nowowytworzonéj tkanki łącznéj, lecz także zachowanie się sporadycznie znajdujących się pozostałych nerwów w obszarze zwyrodnienia. Jeżeli badamy którekolwiek z gniazd nerwowych, zamkniętych w obszarze zwyrodnienia, to widzimy między oczkami tkanki podstawowéj nerwy o następnéj właściwości. Niektóre z nich są jeszcze zdrowe i przedstawiają barwę prawidłowych nerwów — mianowicie jasnoczerwone pochewki rdzenne i ciemnoczerwone pierścienie chromoleptycznéj istoty. Między temi znachodzą się inne, których chromoleptyczna istota już zanikła i zaledwie w okruchach tylko pozostała, lub też w zupełności znikła. W innych nerwach wreszcie nie jest wcale istota rdzenna zabarwioną, a wtedy przedstawia się ona albo żółtawo albo zupełnie bezbarwnie i blado. Nie może ulegać żadnéj wątpliwości, że mamy tu do czynienia z różnemi odcieniami zwyrodnienia nerwów, którego ostatnim wyrazem jest zupełny zanik włókna nerwowego, uwydatniający się pozostałą luką w sieci neuroglijowéj. Gdzie nerwy następowo zanikają skutkiem ucisku bujającéj śródmiąższowéj tkanki łącznéj, tam mamy obraz zupełnie odmienny od opisanego. Pomijając to, że nowopowstająca tkanka łączna łatwo daje się rozpoznać po większéj jéj obfitości jąder i że rozwija się w pasmach, odbierając tkance neuroglijowéj jéj siatkowaty charakter — nie przedstawiają nerwy zanikające pod uciskiem bujającéj tkanki łącznéj z początku nic innego, jak tylko zmiany w postaci, powstałe skutkiem ucisku. Istota jednak rdzenna pozostaje przytém zdrową i barwi się mimo zniekształcenia włókienka osiowego w niéj się kryjącego w ten sposób safraniną, jak prawidłowe nerwy. A jeżeli wreszcie uciśnięte nerwy ulegają uciskowi i w ten sposób następowo zanikają, wtedy występuje w ich miejsce już gotowa tkanka łączna. A po ich zaniknięciu nie pozostaje żadna luka w beleczkach siatki neuroglijowéj, co dla pierwotnego zaniku nerwów jest tak charakterystyczném.

Z tych wywodów wynika, że w naszym przypadku uwiądu zwyrodnienie powrózków tylnych polegało na pierwotném zwyrodnieniu nerwów i że było dla tego przyrody miąższowéj.

Na podstawie właśnie co opisanych histologicznych zmian wyjaśnić można było także obok określenia ogólnego kształtu i rozprzestrzenienia się zwyrodnienia w tylnych powrózkach i określenia jego przyrody — jeszcze trzeci ważny punkt, t. j. rodzaj współudziału części rdzenia przyległéj do chorych powrózków tylnych w sprawie uwiądowego zwyrodnienia.

W tym względzie okazało badanie, że szara istota tylnych rogów była w całym przebiegu rdzenia zupełnie nietkniętą.

Przedstawiała ona wszędzie znaną i ślicznie występującą budowę przez barwienie safraniną z delikatnych włókienek nerwowych, delikatnéj sieci jąder i naczyniek.

Tylne korzenie, względnie ich rozgałęzienia się po wewnętrznéj stronie szarych rogów do powrózków Burdacha, okazały się natomiast zwyrodniałe w przebiegu całéj piersiowéj i lędźwiowéj części rdzenia. Nie zabarwiły się już czerwono, lecz pozostały bezbarwnemi lub otrzymały przy odpowiedniém postępowaniu z preparatami barwę fijołkową, którą safranina nadaje tkankom łącznym.

Tylko w części szyjnéj rdzenia zachowywały się nerwy tylnych korzeni inaczéj.

Niektóre korzenie mieściły w sobie zupełnie prawidłowe nerwy — niektóre zaś nerwy zwyrodniałe. Przeważna jednak część korzeni dozwoliła rozpoznać, że ich nerwy przed wstąpieniem do rdzenia zachowywały się prawidłowo, po wstąpieniu zaś do powrózków Burdacha, a mianowicie tam, gdzie przebiegały wśród obszaru zwyrodniałego, były zupełnie zwyrodniałe.

Szczególnie pouczającemi były obrazy, w których nerwy tylnych korzeni rozpromieniały się po wejściu do powrózków Burdacha po części w obszarze zwyrodniałym, a po części w tkance prawidłowéj tylnego sierpu. Podczas gdy pierwsze były zwyrodniałe, okazywały się ostatnie jako zupełnie zdrowe. O białych włóknach tylnych powrózków można powiedzieć to samo. Gdzie wkraczały w obszar zwyrodnienia tylnych powrózków, tam przedstawiały się zwykle bez istoty rdzennéj. Gdzie zaś przebiegały przez zdrową tkaninę tam, wyglądały, jak nerwy zdrowe.

Obszar pasów korzeniowych jestto atoli ten obszar, w którym białe włókna tylnych powrózków w swéj głównéj masie przebiegają. Pas zaś korzeniowy, jak to powyżéj opisano, był w przebiegu całego rdzenia nietkniętym. Już na téj podstawie można się było spodziewać, że i białe włókna tylnych powrózków pozostały zdrowemi wzdłuż przebiegu całego rdzenia. (Dok. nast).

III. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n./W.

Przyczynki do chirurgii żołądkowo-jelitowéj.

I. Trzy nowe przypadki wycięcia odźwiernika oraz kilka uwag o wskazaniu i sposobie operowania.

Podał Dr. Rydygier.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1.)

Statystyki, jak Czerny słusznie powiada, jeszcze nie możemy układać, gdyż liczba operowanych jeszcze za szczupła, a nadto — co ważniejsza — operacyje dzielą się na tylu prawie operatorów, ile operacyj, a przyzna każdy, że może żadna operacyja nie wymaga tyle osobistego doświadczenia i wprawy, ile wycięcie odźwiernika. Mamy tu tak dużo drobnych na pozór, a mimo to nadzwyczaj ważnych dla powodzenia rzeczy tak przy wyłuszczaniu guza jakotéż przy zamknięciu przeciętych świateł i zakładaniu szwów, których sposób operowania opisując uwzględnić nie można. Im kto częściéj wykona tę operacyję, tém coraz lepiéj sam się nauczy pokonywać niespodziewane trudności i coraz lepsze osiągnie wyniki, a prócz tego już przed rozpoczęciem operacyi lub przynajmniéj po laparotomii coraz to pewniéj wyszukiwać będzie umiał odpowiednie do wycięcia przypadki. Podejmowanie, jak dotychczas, wycięcia w nieodpowiednich do tego razach, zdaniem mojém, najwięcéj się przyczyniło do lichych wyników. Spodziewać się możemy, że skoro tylko śmiertelność zmniejszać się będzie, coraz to wcześniéj przypadki do operacyi dostawać będziemy. Nie przeczę bynajmniéj, że trudném jest rozpoznanie choroby w jéj początkach, ale i z drugiéj strony nadmienić muszę, że dotychczas koledzy interniści wcale się nie spieszą z poleceniem operacyi nawet w takich przypadkach, w których chorobę rozpoznali. Tak mało dotąd zaufania do téj operacyi, że lekarze nie chcą na siebie brać odpowiedzialności za wysłanie chorego w celu operacyi — i dopiero wtenczas dostajemy chorych, jeżeli im ból tak dokucza, że sami w rozpaczy oświadczą lekarzowi, iż dłużéj tak żyć nie mogą i nie chcą i śmierć szybką nad dalsze cierpienie przenoszą. Ztąd im oględniéj wybierać będziemy przypadki odpowiednie do operacyi, tém lepsze będą wyniki i tém częściéj a wcześniéj z rosnącém zaufaniem zglaszać się będą chorzy. Zdaje mi się, że jesteśmy teraz już na drodze ku lepszemu: z kliniki Billrotha znam 9 przypadków, z których tylko 3 bezpośrednio po operacyi zakończyły się śmiertelnie; Czerny wyciął 4 razy odźwiernik, 2 razy z dobrym skutkiem; ja operowałem 5 razy, z tych chorych trzech żyje. Spodziewać się więc należy, że powoli wyniki się polepszą. W końcu podaję zestawienie przypadków, które w literaturze odszukać zdołałem: operowano 43 razy z powodu raka, z tych operacyj zakończyło się 30 śmiertelnie, 13 chorych wyzdrowiało po operacyi; 5 razy wycinano odźwiernik z powodu wrzodu, z tych operacyj tylko jedna była z wynikiem śmiertelnym; w ogóle więc wykonano 48 razy wycięcie odźwiernika, 31 razy z zejściem śmiertelném, a 17 razy z dobrym skutkiem. Ile zaś razy uda nam się chorego zupełnie wyleczyć, tak że rak nie powróci, nie możemy obecnie przesądzać, zwracam tylko uwagę na przypadek Wölflera, którego operowana jeszcze w 3¼ roku po operacyi recydywy nie dostała, jak mi w czerwcu r. b. łaskawie doniósł. Również u mojéj choréj z powodu wrzodu przed 3 laty operowanéj nie wystąpiły żadne objawy zwężenia w części wyciętéj ani rozstrzeni żołądka, jaką przed operacyją i podczas niéj skonstatowaliśmy. To są, podług mego zdania, wyniki, któreby zadowolić mogły i daleko sięgające wymagania w obec tak rozpaczliwych przypadków. Nadto u wszystkich chorych, którzy operacyję szczęśliwie przebyli, zauważono, że dawniejsze ich dolegliwości, mające swą główną przyczynę w zwężeniu odźwiernika, od razu ustąpiły i że nastał bezbolesny okres względnego zdrowia. Już ten względny skutek, żeby operowanemu zgotować przed śmiercią choć kilka miesięcy lub tygodni swobodnych lub przynajmniéj znośnych, nabrałby tém większego znaczenia, gdyby go nie potrzeba okupić tak znaczném jeszcze dotąd niebezpieczeństwem; — ale miejmy nadzieję, że i to niebezpieczeństwo powoli się zmniejszy.

Co się tyczy sposobu operowania, nie mam wiele do nadmienienia. Operujemy obecnie prawie wszyscy podług tych samych zasad, jakie już w wykładzie moim (l. c.) nakreśliłem; w niektórych tylko mniéj ważnych rzeczach panuje różnica.

Cięcie w smudze białéj uważam zazwyczaj za najodpowiedniejsze, w wyjątkowych tylko przypadkach może być wskazaném cięcie poprzeczne. Osobliwszą przyjemność sprawiło mi między innemi zdanie Czernego, który uznaje cięcie podłużne za prostsze i topograficznemi stosunkami wskazane. Cięcia tego używałem w moich 5 przypadkach wycięcia odźwiernika, 3 przypadkach gastroenterotomii i więcéj niż 10 przypadkach laparatomij próbnych, gdzie dla zrostów za daleko posuniętych przerwałem operacyję, a w żadnym z tych przypadków nie znalazłem trudności w wydobyciu guza, któreby można kłaść na karb tego rodzaju cięcia. W takim razie każdy przyzna z pewnością, że cięcie w smudze białéj zasługuje na pierwszeństwo, chybaby podzielał zdanie Hagen-Torna twierdzącego, że zaleca się cięcie przeprowadzić właśnie przez mięśnie, ażeby tém mocniejszą otrzymać bliznę i przez to zapobiedz powstawaniu przepuklin brzusznych. Ja z mojéj strony nigdy późniéj nie widziałem u moich w powyższy sposób operowanych przepukliny brzusznéj, tak że razem z Schroederem, z pewnością i z innymi, powiedzieć mogę, że nigdy nie uczułem potrzeby użycia innego szwu, jak zwyczajnego szwu węzełkowego, który raz daléj od brzegu rany (szew zwalniający — *Entspanungsnaht*) to znowu bliżéj (szew łączący *Vereinigungsnaht*) brzegi ścian brzusznych zachwytuje.

Oddzielenie guza wszyscy w równy sposób uskuteczniamy: pomiędzy podwójnemi podwiązkami przecina się sieć większą i mniejszą; gdzie zaś są miejsca zupełnie cienkie i przeźroczyste, przedzieramy je; że nie należy daléj sieci oddzielać jak do miejsca, w którém zamyślamy ściany przeciąć, ogólnie uznano. Ciekawém i nadzwyczaj ważném jest zachowanie się okrężnicy w obec oddzielenia jéj od śródjelicia, jakie nieraz staje się koniecznėm. Przypadki Lauensteina, Molitora, Czernego i Küstera dowodzą, że po znaczniejszém oddzieleniu blizko okrężnicy następuje zgorzel oddzielonéj części. Tak pouczeni zalecają, zupełnie słusznie, Lauenstein i Czerny w takich przypadkach wycięcie odpowiedniego kawałka okrężnicy. Nie należy jednakże tego przepisu stósować w razie oddzielenia na małéj przestrzeni, jak to drugi mój tu opisany przypadek wykazuje. Przecięcie śródjelicia i podwiązanie tętnicy przed jéj rozgałęzieniem na drobniejsze łuki wcale nie upośledziło odżywienia odpowiedniego kawałka jelita. Już Czerny dziwi się w swéj rozprawie (*Beiträge zu den Operationen am Magen. Wiener med. Wochenschr.* 1884 N. 17, 18 i 19.),

że wycinając rozmaite guzy jamy brzusznéj nieraz on i inni przedzielali śródjelicie, a nigdy nie nastąpiła zgorzel odpowiedniéj części jelita; przyczyny zaś tego w têm szukać trzeba, że we wszystkich tych przypadkach przedzielono śródjelicie dość daleko od jelita, nie niszcząc łuków, które się tworzą z gałązek naczyniowych, łączących się z sobą blizko jelita i odżywienie jego podtrzymujących. I w moim przypadku nienaruszone łuki sprowadzały dostateczną ilość krwi z naczyń pobocznych, ażeby ów kawałek jelita odżywić. Podług mego przekonania atoli łuki te tylko na pewną, nie za wielką przestrzeń wystarczyć mogą do odżywienia ścian oddzielonego jelita. Zdanie to opieram na moich badaniach eksperymentalnych. (Rydygier *Ueber circulaere Darmresectionen mit nachfolgender Darmnaht*. Berl. klin. Woch. 1881. N. 41 i Przegl. Lek. 1881), jakie podjąłem prawie równocześnie z Madelungiem *(Ueber circulaere Darmnaht und Darmresectionen Verhandl. d. Dt. Gesell. f. Chir.* 1881 p. 415.) z tą różnicą, że używałem do mych badań psów i oddzielałem mniejsze i większe pętle jelit od śródjelicia, Madelung zaś eksperymentował na królikach oddzielając śródjelicie na przestrzeni 10—15 cm. długiéj od nieprzeciętego jelita (raz tylko oddzielił psu, po zupełném przecięciu jelita i założeniu szwu jelitowego, śródjelicie na przestrzeni 4 cm. i tu nastąpiła zgorzel zeszytéj części). Wyniki naszych doświadczeń rozchodziły się o tyle, że Madelung otrzymał we wszystkich przypadkach zgorzel oddzielonéj pętli, ja zaś widziałem, że u psów w nieprzeciętéj, oddzielonéj od śródjelicia, pętli nie wystąpiła zgorzel, jeżeli długość jéj nie była zbyt wielką. Różnicę tę starałem się w innéj pracy (Rydygier. Ciekawy przypadek dwukrotnego wycięcia jelita — wyzdrowienie; kilka uwag o technice operacyjnéj na podstawie nowo podjętych doświadczeń. Przegl. Lek. 1882. N. 19 i 20 — i Berl. klin. Woch. 1882 N. 38) wyjaśnić i doszedłem do następujących wyników:

1) Im dłuższą część jelita od śródjelicia oddziela się, têm większe niebezpieczeństwo zgorzeli.

2) Zgorzel łatwiéj nastaje, jeżeli zupełnie blizko jelita śródjelicie oddzielono. W niemieckiém tłumaczeniu dodałem jeszcze: „*von Wichtigkeit scheint hier die Unterbrechung der Mesenterialgefaesse zu sein, die dicht am Darm verlaufen.*“ Wygłoszone już wtenczas moje zdanie podziela teraz w zupełności Czerny starając się wytłumaczyć, dla czego po wycięciu z śródjeliciem guzów jamy brzusznéj nie następuje zgorzel, a po przecięciu śródjelicia przy wycinaniu zrakowaciałego odźwiernika za każdym razem wystąpiła. Ścisły dowód słuszności moich wywodów opartych na wynikach eksperymentalnych stanowi mój wspomniony drugi przypadek, przedstawiający jakoby eksperyment na człowieku. Na podstawie tych doświadczeń nabytych w dotychczas operowanych przypadkach i badań eksperymentalnych podałbym następujące prawidło co do oddzielenia śródjelicia od jelita:

1) Jeżeli mamy jelito poprzecznie przecięte, nie należy się ani na $^1/_2$ cm. oddzielić daléj śródjelicia niż do linii, w któréj zamierzamy przeciąć albo już przecięliśmy jelito; w przeciwnym razie nastąpi zgorzel zeszytego miejsca. — Ogólnie uznane prawidło.

2) Jeżeli nieprzecięte jelito oddzielone tuż przy jego ścianach od śródjelicia, trzeba odpowiedni ten kawałek jelita wyciąć.

Jeżeli nastąpiło oddzielenie w większéj odległości od ścian jelitowych, mianowicie powyżéj łuków, na które tętnice śródjelitowe się dzielą, natenczas postępowanie nasze zależeć powinno od długości oddzielonéj pętli. Niestety nie mamy liczb, ażeby miarą określić długość oddzielonego jelita, która wycięcia bezwzględnie wymaga. Ale za wskazówkę przynajmniéj choć w części posłużyć nam może w poszczególnym przypadku zachowanie się pętli po oddzieleniu; jeżeli zmieni się zabarwienie ścian, to na pewno wnioskować możemy, że odżywienie ich cierpi, a w takim razie zawsze powinniśmy wyciąć oddzieloną pętlę, mimo że przez to operacyja znacznie się komplikuje.

Zamknięcie przeciętych świateł żołądka i dwunastnicy za pomocą narzędzi — czy to za pomocą moich elastycznych uciskadeł czy innych podobnych przyrządów — tyle przezemnie zalecane zyskuje coraz więcéj zwolenników i słusznie, bo jest wygodném i pewném postępowaniem. Na żołądek uda nam się pewnie zawsze je założyć, inaczéj z dwunastnicą. Tu mogą stosunki utrudnić ich założenie, a mianowicie bywa nieraz dwunastnica tak silnie i krótko z przyległemi częściami zrosłą, że nie można jéj dostatecznie wyciągnąć, jak w trzecim z opisanych tu przypadków. W takim razie zalecić mogę użyte tam postępowanie: Nitki przeprowadzone przez przeciwległe miejsca ścian dwunastnicy tam, gdzie się osadzają sieci, dozwalają po pierwsze na pewno zapobiedz usunięciu się przeciętéj dwunastnicy do jamy brzusznéj, a powtóre naciągając je w przeciwne strony zamykamy dostatecznie światła tak, iż treść jelita niespodzianie wypłynąć nie może. Napięcie bowiem ścian układa je tak silnie obok siebie, że to wystarczy do zrównoważenia nie zbyt silnego ciśnienia od wewnątrz, a wyciągnięcie i uniesienie przeciętego światła popiera to działanie. Gdyby mimo to cokolwiek miało się płynu wydobyć, byłoby to tak mało, że z łatwością udałoby się otrzeć wypływające krople płynu, zanimby się do jamy brzusznéj dostały. Nadto układa to napięcie tak samo, jak uciskadło, korzystnie ściany dwunastnicy do założenia szwu.

Różnicę obszerności świateł przeciętego żołądka i dwunastnicy najlepiéj się wyrównywa zeszywając kawałek światła żołądkowego w sposób przezemnie najprzód podany i stósowany. Nie ma tu wielkiego znaczenia, czy w tym celu przecinamy żołądek skośno-kątnie, jak ja zalecałem, czy prostoskośnie, jak chce Billroth. W niektórych rzadszych przypadkach wystarcza skośne przecięcie dwunastnicy, które Wehr zaleca.

W jednym punkcie zmieniłem obecnie moje zdanie: idąc za radą Reichla *(Casuistische Beiträge zur circulaeren Darmresection und Darmnaht D. Z. f. Chir. Bd. 19, Heft 2 und 3.)* nie obcinam wywijającéj się po przecięciu błony śluzowéj zarówno z innemi warstwami ściany żołądka resp. dwunastnicy, lecz łączę ją luźnym szwem kuśnierskim, starając się w ten sposób na pewno zapobiedz stykaniu się treści jelitowéj z zeszytemi ścianami. W ostatnich dwóch tak operowanych przypadkach nie zauważyłem zwężenia światła, czegoby się obawiać można. Niemniéj przekonałem się, że po założeniu szwu sposobem Czernego nigdy nie następuje zwężenie, jak to Roser *(Centr. f. Chir. 1881 p. 818.)* twierdził: wprawdzie zakładałem zawsze dwurzędny szew dokładnie podług przepisu Czernego, a nie jak Roser, dwa rzędy szwu Lemberta, co nie jest identycznêm, jak to sam Czerny *(Beiträge zu*

den Operationen am Magen, Wiener med. 1884 Nr. 17, 18 i 19) wykazuje. Jak to już opisałem, używam teraz szwu kuśnierskiego zakładając go w dwóch rzędach sposobem Czernego, a dodaję jako trzeci rząd rzadki szew kuśnierski błony śluzowéj. Czerny oświadcza się przeciwko temu szwowi, chociaż sam go w trzech przypadkach użył łącząc go ze szwem węzełkowym. Przyznaję chętnie, że jest nieco trudniéj założyć szew kuśnierski dobrze, niż zwyczajny węzełkowy, i że to nieco więcéj wymaga wprawy; ale kto ją posiada, a nadto zeszywa nie zbyt długiéj przestrzeni bez przerwy, ten tak dokładnie i pewno połączy ściany przecięte szwem kuśnierskim jak węzełkowym. Dlatego też nie przeprowadzam szwu tego zupełnie bez przerwy naokoło całego światła, ale u dołu i u góry przerywam go swem węzełkowym. Jak wiadomo, zakończa się szew kuśnierski w ten sposób, że na jego końcu zakłada się drugą igłą szew węzełkowy i z jednym jego końcem związuje się koniec szwu kuśnierskiego. W jakim zaś porządku po sobie wypada założyć rzędy szwu kuśnierskiego, podałem już w opisie dwóch ostatnich przypadków. Tę wielką zaletę posiada bez zaprzeczenia szew kuśnierski, że daleko mniéj wymaga czasu, przynajmniéj oszczędzimy tyle czasu, ile potrzeba do zawiązania 40—50 razy nitki. Musimy tylko zwracać pilną uwagę na to, żeby zakładając go zawsze równo i nie za mocno nitkę zaciągać i w równém utrzymywać naprężeniu. Do szwu używam zawsze jeszcze cieniuteńkiego katgutu i nie widziałem ztąd żadnéj dotychczas szkody; nie sądzę jednakże, iżby na tém wiele zależało, czém się szyje.

Co do wskazania zupełnie się zgadzam z Czernym. Mimoto, że obecnie wyniki po Wölflerowskiéj gastroenterostomii są znacznie lepsze, niż w pierwszych 6ciu przypadkach, jak to w następnéj rozprawie wykażę, mimo to pozostanie ta operacyja w porównaniu z wycięciem odźwiernika mniéj doskonałą; należy się jéj tylko tam użyć, gdzie wycięcie odźwiernika jest niemożliwe, jak to sam Wölfler przyznaje. W takich przypadkach ma bez wątpienia wielkie znaczenie i może nieraz choremu życie ocalić.

Cieszę się bardzo, że z 5ciu przypadków wycięcia odźwiernika w skutek wrzodu tylko jeden się śmiertelnie zakończył, tak że i pod tym względem nie znajdą moi przeciwnicy broni przeciw temu wskazaniu. W jaki sposób wycinać wrzody na innych miejscach żołądka, wskazał nam Czerny (l. c.) Trzeci przypadek Mikulicza, opowiedziany na 57tym Zjeździe przyrodników i lekarzy niemieckich, dowodzi, że nawet w tak niebezpiecznych przypadkach, gdzie po przedziurawieniu ścian jelitowych dostały się resztki niestrawionych potraw (resztki kartofli) do jamy brzusznéj, można jeszcze chorego przez wycięcie brzegów otworu i zeszycie uratować. Popiera to więc słuszność mojego twierdzenia, że do wskazań wycięcia odźwiernika — i w ogóle ściany żołądkowéj — należy zaliczyć przedziurawienie ścian żołądka przez wrzód okrągły. Nie mniéj poucza nas przypadek Kochera *(Centr. f. Chir.* 1884 N. 15 i *Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte* 1883 N. 23 i 24), że nawet w obec ran postrzałowych żołądka laparotomiję i zeszycie rany zalecić trzeba.

Przypadki te wzbudzają we mnie nadzieję, że powoli pozyskają sobie uznanie wskazania, jakie w moim wykładzie (l. c.) na 3 i 4tém miejscu postawiłem (krwotok obfity z okrągłego wrzodu żołądka nie dający się w inny sposób zatamować i przedziurawienie żołądka przez wrzód okrągły), które Kramer w swoim referacie do *Centralblatt f. Chir.* uważał za bezpodstawne. (Dok. n.)

IV. Sprawozdanie roczne z „Domu Zdrowia,“ zakładu leczniczego prywatnego.

Z upoważnienia odpowiednich pp. ordynaryjuszów
podał Dr. J. Gwiazdomorski,
kierownik zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

3. J. R., lat 45, z Warszawy. Torbiel wielokomorowy jajnika prawego, owaryjotomija, — wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

Menstruacyja w młodości regularna. Porodów ani poronień nie przebywała. Przed 8 laty menstruacyja ustała i to przez trzy lata; po upływie tego czasu wystąpiły prawie nieustające słabsze i silniejsze krwotoki. Wezwany lekarz rozpoznał polipa macicy, usunął go i odtąd krwotoki ustały. Lecz już wtedy zwrócił lekarz uwagę pacyjentki, że ma po stronie prawéj u dołu guz w brzuchu, który rośnie już prawdopodobnie od kilku lat. Guz ten rósł dotąd bardzo powoli; dopiero w ostatnich kilku tygodniach wzrastał szybko aż do dzisiejszych rozmiarów. Pacyjentka czuje jego ciężar, miewa często obstrukcyje, tak że codzień musi brać lawatywę; często bolewają ją krzyże, a w ostatnich czasach zauważyła częste parcie na mocz, który bywa mętny. Bólów w brzuchu nie miewała i w ogóle czuje się dość zdrową. Dopiero na tydzień przed wyjazdem z domu miała trochę boleści i gorączkę. Przybywszy do zakładu okazuje stan następujący: budowa dobra, odżywienie mierne. Niedokrewność dość znaczna. Ciepłota i tętno prawidłowe. Płuca i serce bez zmian znaczniejszych. Brzuch w całości i jednostajnie wzdęty, tylko nieco na boki obwisły, nawet przy silniejszym ucisku mało bolesny. Przez powłoki brzuszne nieco obrzękłe i okazujące żyły porozszerzane wyczuć można obrzęk wychodzący z miednicy małéj, wielkości macicy w 9tym miesiącu ciąży; brak jednak wszelkich innych objawów ciąży. Natomiast obrzęk jest twardawy, o powierzchni nierównéj, mało ruchomy, niebolesny i nie daje się od dołu odgraniczyć. Związku obrzęku z innemi trzewami wobec jego rozmiarów ani wykluczyć, ani stwierdzić nie można. Wymiary brzucha są: od spojenia łonowego do wyrostka mieczykowatego 34cm.; od spojenia łonowego do pępka 22cm.; od *spina ant. sup. ilei dextra* lub *sinistra* do pępka 24cm.; obwód brzucha w wysokości pępka 96cm. Przy badaniu przez pochwę i odbytnicę okazuje się, że część obrzęku jest wtłoczoną w miednicę małą i daje się wyczuć jako ciało gładkie, twardawe, niechełboczące i prawie nieruchome. Macica zepchnięta nieco ku dołowi a ciało jéj tak mocno ku tyłowi nachylone, że położenie jéj jest prawie poziome. Odnogi dolne miernie obrzękłe. Mocz oddziaływania kwaśnego, wysycony, mętny (moczany), białka nie ma, chlorki prawidłowe.

Na drugi dzień przystąpiono po zwykłém przygotowaniu do operacyi. Poprowadzono cięcie od spojenia łonowego aż do pępka i poprzerywano ręką wielkie a płaskie zrosty obrzęku z przodkową ścianą brzuszną. Ponieważ przez tak małą ranę nie można było obrzęku wydobyć, musiano przedłużyć cięcie aż 3 palce niżéj wyrostka mieczykowatego, tak że długość rany wynosi obecnie 26cm. Dwa dość grube a wąskie zrosty z siecią, jeden po prawéj, drugi po lewéj stronie podwiązano i przepalono Paquelinem. Przy wydobywaniu przekonano się, że obrzęk wisi na szypułce wychodzącéj wprost od prawéj strony ciała macicy i jest w związku z jajnikiem, który w nim zniknął; mała zaś część obrzęku spoczywa w miednicy małéj i jest brzegiem téjże *(linea*

innominata) jakby odsznurowana. Podczas gdy jeden z asystentów trzymał wydobyty obrzęk, wymaczano ciecz surowiczą w ilości prawie litra w jamie otrzewny nagromadzoną i założono na wyżéj opisaną szypułkę pięć podwiązek głównych i kilka okłuć tuż przy macicy, przecięto ją nożem i świeżą tę ranę przypalono Paquelinem. Po przekonaniu się, że jajnik lewy jest zdrów i wszystko pozostało w należytym porządku, założono 7 szwów płytkowych a 15 rezerwowych na ranę brzuszną, dalej szew kuśnierski na brzegi skóry; wreszcie założono opatrunek antyseptyczny uciskający. Obrzęk okazał się torbielem wielokomorowym jajnika i ważył 7 kilogram.

W następnym dniu po operacyi wystąpiła bębnica, czkawka i nudności; ciepłota 37,1°C., tętno 88, dobre. Przebieg dalszy był nieco zakłócony: lekkie zadrażnienie pęcherza, na które się chora już przed operacyją żaliła, zaostrzyło się w tydzień po operacyi do wyraźnego, choć lekkiego, nieżytu pęcherza, który jednak w następnym tygodniu przy odpowiedniém leczeniu całkiem ustąpił. Wreszcie zadrażnienie odbytnicy ciągłemi lawatywami obok braku stolca przez blisko 2 tygodnie po operacyi wywołało częste a bezskuteczne parcie na stolec, które również przy odpowiedniém leczeniu i uregulowaniu stolca ustąpiło. Gojenie się rany samej postępowało dość szybko. Ciepłota tylko raz (w późniejszym okresie) doszła do 39·5°C. prawdopodobnie z powodu małego ropnia, który się utworzył w miejscu, gdzie jedna płytka szwu mocniéj skórę ucisnęła. Zresztą ciepłota nie była podwyższoną z wyjątkiem dwóch dni, w którycą wahała się między 37 a 38·6°C. W 6 tygodni po operacyi rana była już całkiem zabliźnioną i przyskórkiem pokrytą a pacyjentka opuściła zakład wyleczona i dotąd cieszy się zupełném zdrowiem.

4. B. S., l. 38 ze Lwowa. Włókniak macicy. *Hysterolaparotomia (Amputatio uteri* według Schrödera) — wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

Pacyjentka nie przebywała cięższych chorób. Menstruacyja wystąpiła po raz pierwszy w 16tym roku życia. Porodów ani poronień nie przebywała (niezamężna). Już przed trzema laty zauważyła jakiś guz w dolnych częściach brzucha i używała z tego powodu kąpieli w Iwoniczu, tamponów z jodkiem potasu itd. Guzy jednak powiększały się powoli, choć bez bólu, a w ostatnich paru miesiącach rosły szybciéj. Od 4ch miesięcy brak menstruacyi, natomiast pojawiają się w nieregularnych odstępach mierne krwotoki z guzów hemoroidalnych. W ostatnich kilku miesiącach utrudnienie trawienia z powodu często występującego zaparcia stolca, usuwanego zwykle za pomocą lawatyw. Budowa dobra, odżywienie liche. Mierna niedokrewność. Brzuch w całości wzdęty, niebolesny. Powłoki brzuszne miernie naprężone okazują zaledwie tu i owdzie świeże rozstąpienia przyskórka. Wymiary brzucha są następujące: od wyrostka mieczykowatego do pępka 17cm., od pępka do spojenia łonowego 19cm., od *Spina ilei ant. sup. dex* do pępka 23cm., zaś od *sin.* 21cm. Wreszcie obwód brzucha w wysokości pępka wynosi 97cm. Jama brzuszna wypełniona jest guzem wychodzącym z miednicy małéj i niedającym się od dołu ściśle odgraniczyć a sięgającym ku górze na 5 palców niżéj wyrostka mieczykowatego, 3 palce od łuku żebrowego prawego, a 5 palców od łuku żebrowego lewego. Guz ten jest niebolesny, twardy, o powierzchni trochę guzowatéi, a w górnéj części wyczuć można wyraźnie, że składa się głównie z dwóch spojonych silnie guzów, jeden po stronie lewéj jest wielkości głowy noworodka, drugi po stronie prawéj trochę większy od poprzedniego, oba zaś gładkie, okrągłe, przedzielone od siebie małym rowkiem. Cały guz we wszystkich kierunkach ruchomy, najwięcéj z boku na bok, a najmniéj ku dołowi. Wątroba i śledziona niepowiększone; w częściach bocznych brzucha wypuk bębenkowy. Badanie przez pochwę nie wykazuje oprócz małego obsunięcia macicy (*descensus uteri)* żadnych znaczniejszych zmian. Przy posuwaniu guza ku górze posuwa się i macica w tym kierunku.

Po zwykłém przygotowaniu przystąpiono do operacyi. Przecięto powłoki brzuszne w linii środkowéj od spojenia łonowego aż trzy palce wyżéj pępka, t. j. w długości około 22cm. W jamie brzusznéj widzieć teraz można guz wielkości trzech głów noworodka, złożony z jednego mniejszego po stronie lewéj i drugiego większego po stronie prawéj, wchodzący w ciało macicy. Po wydobyciu go z jamy brzusznéj utrzymuje go jeden z asystentów, a operujący podwiązuje oba jajowody powyżéj jajników podwójnie i przepala Paquelinem między obiema podwiązkami, pozostawiając oba jajniki w jamie brzusznéj. Następnie podwiązuje szyję macicy wężem kauczukowym, odcina gładkiém cięciem ciało macicy w wysokości ujścia wewnętrznego, wypala jamę macicy Paquelinem i zeszywa ranę macicy potrójnym szwem (*Etagennaht* Schroedera) a otrzewnę szwem kuśnierskim z katgutu. Po zdjęciu węża kauczukowego oczyszczono jamę brzuszną, miejsca szwów posypano jodoformem i zeszyto ściany brzuszne 5ma szwami płytkowemi, 9ma rezerwowemi, wreszcie brzegi skóry szwem kuśnierskim. Zwykły opatrunek antyseptyczny uciskający. Guz wyjęty waży $6\frac{1}{2}$ kilograma i jest zwykłym, ubogim w naczynia włókniakiem.

Ciepłota wieczorna 37·2°C., tętno 84 dobre. Ból krzyżów, 0.01. *Morphii mur.* podskórnie. Kilka razy skąpe wymioty. W dniach następnych ciepłota nie dochodzi nigdy 38°C. Opatrunek nieco zwolniony leży dobrze. Bóle i wymioty ustały. W 11ym dniu po operacyi pierwsza zmiana opatrunku: rana zupełnie *per primam* zgojona. Wyjęto szwy płytkowe. Nowy opatrunek. Pierwszy stolec. W 15ym dniu po operacyi (zawsze bez gorączki) wyjęto resztę szwów. Rana dobrze się trzyma. Opatrunek z gazy jodoformowéj i plastrów przylepcowych. Po kilku następnych zmianach opatrunku pacyjentka opuszcza zakład wyleczona i dotąd jest zupełnie zdrową.

5. S. S., l. 45, z Królestwa polskiego. Włókniak macicy, wyłuszczenie przez pochwę, wyleczenie. Ordynaryjusze prof. Dr. Mikulicz i prof. Dr. Madurowicz.

Już blisko od roku cierpi częste bóle w krzyżach i znaczne krwotoki z macicy, których przyczyną jest włókniak macicy. W narkozie próbowano wyłuszczyć nowotwór wielkości jaja gęsiego wypełniający całą jamę macicy; ponieważ jednak szyjka macicy okazała się za wąską, musiano ją przeciąć po stronie lewéj, poczém wyłuszczenie nowotworu wykonano z łatwością. Ranę tę zeszyto dwoma szwami, do jamy macicy wsunięto trzy paski gazy jodoformowéj i wprowadzono gruby dren, wreszcie zatamponowano pochwę gazą jodoformową.

Przebieg nie był zakłócony, chora wcale nie gorączkowała. W 4ym dniu po operacyi wyjęto gazę jodoformową z pochwy i przestrzykano 3% kwasem karbolowym; następnie wyjęto gazę jodoformową z macicy i przestrzykano bardzo łagodnie jamę macicy mięszaniną jodoformu z gliceryną, poczém zatamponowano pochwę gazą jodoformową,

pozostawiając dren jeszcze w macicy. Codzień przestrzykiwano bardzo łagodnie jamę macicy już to kwasem karbolowym 3%, już to mięszaniną jodoformu z gliceryną. Odchody wypływające drenem nigdy nie cuchnęły i były dość skąpe. W 13tym dniu po operacyi wystąpiła prawidłowa menstruacyja, a w tydzień później pacyjentka opuściła zakład wyleczona.

6. G. A., l. 68, z Galicyi wschodniéj. Pierwotny rak cewki moczowéj, wyluszczenie całego prącia, wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

Przypadek opisany i opracowany przez Dra R. Trzebickiego. (Patrz Przegląd Lekarski, 1884, Nr. 9 i 10ty.

7. J. R., l. 68, z Bukowiny. Rak odbytnicy, wyjęcie tegoż w całości, wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

Pacyjent zauważył utrudnienie stolca już blisko od roku; późniéj wystąpiła krew i ropa w stolcu, wreszcie od kilku tygodni częste parcie na stolec z nieustającym odpływem cieczy posokowatéj, cuchnącéj. Budowa kośćca dobra. Odżywienie dość dobre. Mierny stopień miażdżycy tętnic. Gruczołów krezkowych wymacać nigdzie nie można, a pachwinowe prawidłowe. W kiszce stolcowéj 1—2cm. powyżéj zwieracza natrafia palec na stwardnienia w kształcie guza twardego o powierzchni nierównéj, który prawie ze wszystkich stron zwęża światło kiszki. Na tylnéj ścianie kiszki stwierdzić można, że 10cm. powyżéj zwieracza guz już daléj nie sięga a błona śluzowa jest prawidłowa. Przeciwnie na przedniéj ścianie kiszki nie można dosięgnąć granicy między częścią zdrową a chorą. Chory dostaje *Ol. ricini*, a w dzień operacyi rano lawatywę i kąpiel nasiadową.

Po ogoleniu i obmyciu karbolem pola operacyjnego i wypłukania 3% karbolem kiszki stolcowéj rozcięto zwieracz korzyci wraz z częściami otaczającemi ku tyłowi aż do kości ogonowéj i przekonano się, że nowotwór zajmuje całą odbytnicę jako masa twarda, owrzodzona i to z przodu aż do granicy *S. romanum*, t. j. około 12cm., z tyłu zaś tylko 10cm. Po odcięciu dolnéj granicy nowotworu z dodaniem 1cm. części zdrowych, odłuszczono powoli całą masę nowotworową od otaczającéj tkanki łącznéj miednicy w sposób używany przy wyjęciu macicy, t. j. zakładając podwójne *ligature en masse* i przecinając między obiema podwiązkami. W ten sposób udało się wyjąć cały nowotwór z bardzo nieznaczną tylko utratą krwi. Górny i dolny brzeg rany pierścieniowatéj w ten sposób powstałéj można było tylko w tylnéj części, gdzie odległość ich wynosiła 10cm. spoić trzema szwami, t. j. na ⅛ części całéj rany. Otrzewnę przeciętą w dwóch miejscach zagłębienia pęcherzo-prostnicowego zaszyto zaraz szwem kuśnierskim. W czasie całéj operacyi przestrzykiwano pole operacyjne 3% karbolem. Po założeniu do kiszki drenu o 1cm. średnicy wypełniono całą ranę wewnętrzną gazą jodoformową, ranę zaś zewnętrzną ku kości ogonowéj zaszyto szwem płytkowym i katgutem, przykryto gazą jodoformową, watą Brunsa i przewiązano bandażem.

Leczenie następowe zasadzało się na czystém utrzymaniu rany, podawaniu choremu przez 10 dni po 10 kropel *Tra opii*, wreszcie na łagodzeniu bólu za pomocą morfinu wstrzykiwanego podskórnie. Opatrunek był od początku często powierzchownie powalany kałem wychodzącym przez dren, gaza jednak jodoformowa wypełniająca kiszkę była czystą. Totéż zmiana opatrunku ograniczała się początkowo tylko do części powierzchownych. Pacyjent tylko drugiego dnia po operacyi miał ciepłotę nieco podwyższoną (38·3°C.) zresztą cały przebieg następowy był bezgorączkowy. 4go dnia po operacyi usunięto szew płytkowy z rany zewnętrznéj, a 5go zmieniono cały opatrunek, t. j. i rany wewnętrznéj: gaza wyjęta z głębi nie cuchnie, jest czysta, a rana — o ile dojrzeć można — poczyna ładnie granulować. Ropienie małe. Ranę wewnętrzną przestrzykuje się przez dren naprzód kwasem salicylowym, następnie 3% karbolem, w końcu mięszaniną jodoformu i gliceryny. Przy powtarzaniu tego postępowania dwa razy dziennie rana bardzo ładnie się goi ale ponieważ nudności i śpiączka nasunęły obawę zatrucia jodoformem, przeto od 10go dnia po operacyi zaprzestano przestrzykiwania kiszki mięszaniną jodoformu z gliceryną, prowadząc zresztą daléj ten sam sposób leczenia. Przestrzykiwanie zaś rany zewnętrznéj powtarzano po każdém oddaniu stolca. 15go dnia badanie kiszki palcem wykazało, że powierzchnia rany jest gładka, granulująca, bez cuchnienia; górnego jednak brzegu rany wewnętrznéj z przodu nie można palcem dosięgnąć. Ranka zewnętrzna w znacznéj części *per primam* zgojona. W 26 dni po operacyi skoro powierzchnia rany wewnętrznéj znacznie się zmniejszyła, ropienie zawsze bardzo małe, stan zawsze bezgorączkowy, opuścił pacyjent zakład jako wyleczony, z zaleceniem jednak, aby bardzo uważał na regularny stolec, ranę wewnętrzną przestrzykiwał kwasem salicylowym i brał po każdym stolcu kąpiel nasiadową. O ile wiadomości zasięgnięte w kilka miesięcy po operacyi doszły, cieszy się pacyjent dotąd zupełném zdrowiem.

8. I. S., l. 29, z Czerniowiec. *Fistula ani completa* przecięcie i wyskrobanie, wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

Gojenie się rany po przecięciu i wyskrobaniu dość rozległéj przetoki postępowało prawidłowo a po 2-tygodniowym pobycie opuszcza pacyjentka zakład jako wyleczona z małą dobrze granulującą ranką.

9. O. S. l. 41 ze Ślązka. Wypalenie hemoroid, wyleczenie w 21 dniach. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz. Przebieg prawidłowy.

10. P. B. l. 70, ze Lwowa. Rak odbytnicy, wyskrobanie, śmierć w 4 tygodnie po operacyi z powodu wyniszczenia rakowego. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

Pacyjentka cierpi od roku na uporczywe zaparcia stolca, ból głowy, brak apetytu i t. d. Od paru miesięcy wypływa z kiszki często płyn śluzoworopny, czasem krwawy. Odżywienie liche, ciepłota podwyższona. Gruczoły pachwinowe twardawe, przesuwalne. Badanie przez odbytnicę wykazało z łatwością guz nowotworowy zwężający w najwyższym stopniu światło kiszki, granica dolna leży tuż za zwieraczem; granicy górnéj zaś palcem dosięgnąć nie można. Ponieważ chora przez parę pierwszych dni gorączkowała, (prawdopodobnie z powodu wessania rozpadłych części raka), przeto dopiero po ustąpieniu gorączki (codzień przepłukiwano kiszkę) przystąpiono do operacyi. Już z góry jednak było bardzo wątpliwém, czy będzie można usunąć cały nowotwór, gdyż sięgał on bardzo wysoko. W narkozie rozszerzono otwór stolcowy (przez cięcie tylne), a przekonawszy się, że nowotwór jest bardzo mało ruchomy i zajmuje nawet część *S. romanum*, wyskrobano tylko części dostępne w celu rozszerzenia światła kiszki, i wypełniono ją gazą jodoformową. Chora po operacyi była dość osłabioną, nie gorączkowała jednak; tętno było dość dobre, krwotoku nie było. Gaza jodoformowa wyjęta po dwóch dniach nie cuchnęła. Najwięcéj dokuczało choréj parcie na stolec. Ranę przepłukiwano zawsze rozczy-

nem kwasu salicylowego. W dniu 10tym po operacyi badanie wykazało, że rana zewnętrzna jest już prawie zupełnie zabliźnioną a część dawniéj najwięcéj zwężona teraz szersza i krótsza. Podano więc *Ol. ricini*, poczém kilka stolców bezkrwawych. W 12tym dniu po operacyi mimo czynionych ostrzeżeń parła pacyjentka silnie na stolec, w skutek czego pokazało się trochę krwi. Kawałki lodu wsuwane do kiszki usunęły ten krwotok natychmiast. Tego rodzaju krwotoki powtórzyły się w następnych dniach jeszcze kilka razy. W ciągu następnych tygodni odżywienie podupadało coraz więcéj mimo dyjety pożywnéj, czynność serca słabła mimo leków pobudzających, — aż wreszcie po 30tu dniach pobytu w zakładzie nastąpiła śmierć pośród objawów wyniszczenia.

(Dokończenie nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Pogląd na obecny stan nauki o chorobach nosa. Podał Dr. Klemens Koehler.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Ztąd wynika daléj, że naprężające się muszle stają się niejako łącznikiem niektórych podrażnień nerwowych. Z jednéj bowiem strony odruchy nerwowe wywołują napełnianie się jam żylnych muszli, z drugiéj znów strony od tych napiętych organów wychodzą odruchy, które nieraz objawiają się w dość znaczném oddaleniu, przez odruch np. naprężają się muszle w razie obecności polipów. Wiadomo, że polipy same tych objawów nie wzbudzają, choćby i całe przewody niemi były zapełnione, uciskając jednak błonę śluzową sprawiają one przekrwienie muszli. Gardło przez ostre napoje drażnione dopiero za pośrednictwem muszli doprowadza czerwony nos potatorów do rozkwitu. Przez mocne światło podrażniony nerw wzrokowy pobudza do kichania i nadmiernego wydzielania śluzu, tak jak to widzieć możemy i po zadrażnieniu n. węchowego Pokrywa zewnętrzna ciała narażona na nagłe zimno, również i wyrzuty skórne przyczyniają się do wznoszenia się muszli a stan ten znów objawia się kichaniem. Wstrzymana menstruacyja, tak jak i hemoroidy wywołują często zastępcze cieczenie krwi, wywołane przez nadmierne wypełnienie jam wyprężającéj się tkanki muszlowéj. Wreszcie i psychiczne wpływy, strach albo myśli lubieżne, jak we wyż wspomnianym przypadku Romberga, sprowadzić mogą wznoszenie się muszli, a tém samém i objawy odruchowe.

Galwanokaustyczne niszczenie ciał wyprężających, to wyraz całéj terapii. Niedawno Hack (*Deutsche medicinische Wochenschrift* z rb. Nr. 28) zmuszony był w odpowiedzi na rozmaite powątpiewania, zastanowić się bliżéj nad sposobem operacyi. Poleca gruntowne niszczenie i to nie tylko przodkowego końca, ale i tylnego, ponieważ i z téj części odruchy wychodzą. Porzuca jednak dawniejsze rysowanie cienkim przypalaczem a zaleca jako lepsze głębokie przypalanie płaskim kauterem. Zwraca daléj słusznie uwagę na to, że trzeba częściéj badać, bo nieraz muszla w skutek wrażenia psychicznego ściąga się, a dopiero po kilkorazowém badaniu znajdziemy ją powiększoną i przewód nosowy wypełniającą. W Nrze 10 *Berl. klin. Wochenschrift* z rb. pomieścił Sommerbrodt swe spostrzeżenia a przypadek jego o tyle jest ciekawym, że najrozmaitsze odruchowe przypadłości naraz usunięte zostały. U chłopca jednastoletniego kichanie, cieczenie krwi z nosa, wymioty, nabrzmienie spojówki, osłabienie ogólne, utrata pamięci, a nadto katar oskrzelowy z kaszlem, wszystko ustało po wypaleniu ciałek wznoszących muszli dolnéj prawéj. Jeden z czynnych bardzo rinologów Schäffer z Bremy stwierdza także znakomite poglądy Hacka w *Deutsche medicin. Wochenschrift* Nr. 23 i 24 z rb.

Już przedtém nadmieniłem, że z zapalenia przerostowego (*Rhinitis hyperplastica)* wyrabia się z czasem zapalenie zanikowe (*Rhinitis atrophica*). Wśród tego stanu bowiem gromadzi się wielka ilość tkanki łącznéj, która uciskając błonę niszczy jéj gruczołki po nad sobą, a kość pod sobą. To téż znajdujemy muszle dolne zmniejszone, czasem zupełnie zanikłe. Przewód nosowy przedstawia nam się jako jama obszerna, któréj suche ściany okrywają się strupami żółto-zielonawemi albo brunatnemi. Chory spostrzega wkrótce brak powonienia, drożność przewodów ułatwia mu jednak oddech, dolegliwości, które go dotąd dręczyły, ustępują i dopiero szuka rady lekarskiéj, skoro ktoś zwraca mu uwagę na cuchnienie z nosa, którego on, utraciwszy wpierw powonienie, nie czuje. Stan ten nazywamy ozeną. W najnowszym dopiero czasie związek ten nieżytu suchego z ozeną zbadany został. Virchow pojęcie suchego nieżytu nazwał niedorzecznéni, żądając w definicyi nieżytu także i wydzielania śluzu, przepomniał jednak, że suchość ta nie odnosi się do braku wydzielin, lecz do szybkiego ich schnięcia; ściśle wziąwszy trzebaby więc powiedzieć „schnący a nie suchy.“ I wyraz ozena nie jest zupełnie właściwym, bo ozena znaczy wrzód cuchnący w nosie, podczas gdy w dzisiejszém rozumieniu rzeczy nigdy wrzodów nie ma, a gdzie są, to tylko kiłowe, abstrahując od daleko posuniętéj gruźlicy lub wilka. Zkąd się bierze woń przykra, dotąd jeszcze nie wyjaśniono a Jurasz wyda wkrótce obszerniejszą pracę odnośną, na teraz najważniejsze tylko przytoczę teoryje.

Wspomniałem, że strupy żółto zielone lub brunatne pokrywają ściany nosa wewnętrzne, czemu to się dzieje, starali się wytłumaczyć Ranvier (*Lancet* 1874, 687) i Cohn (*Med. News and Library* 1879). Podług nich przyczynia się do tego to, że w katarze marnieją liczne bardzo komórki migawkowe, że przez to wydzieliny nie usuwają się. Fränkel z Berlina *(Virchowa Archiw* 1879, 1) przypisuje wysychanie temu, że wydzieliny w katarze suchym wiele mają składników stałych, mało zaś płynu, i że ztąd stagnacyja. Obie te teoryje mają wiele za sobą i sądzę, że jedno i drugie równocześnie wywołuje zatrzymywanie się śluzu i wysechanie tegoż, Massei przypuszcza, że wydzieliny te przed zaschnięciem już cuchną, twierdząc, że mucin zawarty w śluzie w chwili, kiedy przechodzi przez nabłonek, rozkłada się na ciała bliżéj nierozpoznane a charakterystyczne z swego odoru. Niewątpliwa, że odór ten jest charakterystyczny i powiem swoisty, Francuzi nie bez racyi porównywają go do smrodu rozduszonéj pluskwy, ale w każdym razie wywód to za daleko posunięty i bezpodstawny. Haidenhain (*Ueber die acinösen Drüsen der Nasenschleimhaut*, Wrocław 1870), udowodnił, że wydzieliny nosa są czysto surowicze bez domieszki mucinu.—Franks przypuszcza, że śluz przechodzi zwyrodnienie tłuszczowe, a z tego wyrabiają się kwasy tłuszczowe, łatwo jełczejące. Pierwsza teoryja Fränkla z Berlina najwięcéj ma podstawy, przypuszczał on bowiem, że śluz ten kiśnie, zmienił jednak obecnie swe zdanie i tłumaczy odór jako wynik rozpadu. Słusznie Mackenzie skłania się do teoryi zakisu, bo wiadomo, że po wstrzykiwaniu i wyczyszczeniu

nosa ze wszystkich złogów, w kilka godzin już znów z niego woń smrodliwa wychodzi. Sprawa rozpadu tak szybką być nie może, natomiast kiśnienie jest możebne. Michel z Kolonii (*Die Krankheiten der Nasenhöhle* itd. str. 35) nową zbudował teoryję. Podług niego wypływ pochodzi wogóle z jam sąsiednich nosa, a więc z jamy czołowéj, Highmora i jamy kości klinowéj. Wydzieliny jam wypływając przez wąskie ujścia, wstrzymują się w biegu, nastaje stagnacyja, która już do rozkładu się przyczynia. Rozkład ten, a za nim nieprzyjemna woń jeszcze więcéj znajduje sposobności do wzmagania się w szerokich przewodach nosowych, bo właśnie ta szerokość utrudnia i uniemożebnia dokładne wycieranie nosa. Że jamy te równocześnie z wnętrzem nosa chorować mogą, nie ulega wątpliwości, że wypływ ropiasty z jam powiększa ilość śluzu w nosie powstałego i tym sposobem więcéj będzie materyjału do zakisu, także pewna, żeby zaś ozena tylko na zapaleniu jam sąsiednich polegała, jest wręcz zaprzeczoném przez Guttsteina, Hartmanna i Krausego, którzy przez sekcyje wykazali, że mimo ozeny jamy sąsiednie były zdrowemi. W ogóle choroba ozeną zwana dużo już została wyjaśnioną, dużo jednakże jeszcze pozostaje do zbadania. W ozenie zawsze jednak spotykamy zapalenie suche polyku, zwłaszcza przestrzeni połyko-nosowéj, związek ten dawniéj zaprzeczany, dziś ogólnie przyjęty a sam w licznych tutejszych przypadkach zawsze go spotykam.

Czy ozena jest zaraźliwą? Mackenzie, oparty na przypadkach latami obserwowanych, oświadcza się przecząco. — Schäffer z Bremy (*Monatschrift für Ohrenheilkunde* 1881, 4), twierdzi, ze ozena zawsze jest wynikiem zołzów i kiły. Störk (*Laryngoscopie und Rhinoscopie* 1880) przypuszcza, że zawsze odziedziczona lub nabyta kiła daje jéj podwalinę, inni jak Mackenzie, Guttstein (*Berl. ärztliche Zeitschrift* 1879) twierdzą, że i najzdrowszych ludzi ta przykra choroba spotkać może; moje spostrzeżenia przekonały mnie, że ani zołzów ani kiły nie potrzeba, aby dostać ozeny. Po 50ym roku życia choroba ta zwykle sama ustępuje, a napotykamy ją najliczniéj u osób między 10 a 30 rokiem życia. Leczenie jest bardzo trudném, to téż liczne podawano środki, ograniczam się tylko do wzmianki o sposobach obecnie najwięcéj używanych. We Francyi głównie strzykawką lub irygatorem nos czyszczą i zakładają czopki z suchéj waty, które do 3 dni chory nosi. Calmettes mówił mi, że odór w ten sposób niknie, czas nie wystarczył mi, aby się o tém przekonać. W Wiedniu po przestrzyknięciu zasypują proszek salicylowy. W Anglii biorą do przepłukania nosa rozczyny sody, karbolu, boraksu, a w uporczywych razach używają tych płynów w postaci spraju. Masini (*Archivi italiani di Laryngologia* 1882, Oct.) poleca resorcyn w rozczynie lub wprowadzany w postaci maści, Gottstein tampony grube z waty. Sposób ten dobre przynosi skutki, a tém lepsze, jeśli zmaczamy tampony w rozczynie karbolu (2%). Tampon taki należy przesunąć przez tylne otwory nosa. Zauważyłem, że wypędzlowanie rozczynem karbolu jamy połykonosowéj po wyjęciu tamponów jest koniecznem, aby zarazem działać na zapalenie połyku suche i wytrzeć złogi głównie w przestrzeni połykonosowéj mocno przytwierdzone.

Możemy jednak napotkać smrodliwe wydzieliny z nosa, których powodem jest inny stan, a nie dalszy przebieg nieżytu zanikowego. Najczęściéj spotykamy w nosie kiłę, która wywołuje zapalenie ochrzęstnéj przegrody nosowéj, prowadzące do martwicy, do przedziurawienia. Prawie już wszyscy rinolodzy zgodzili się na to, że wrzody w nosie, przedziurawienia przegrody, martwina kości są niezawodnemi objawami kiły. Obok leczenia smrodliwego wypływu będziemy naturalnie zwalczać i kiłę. Rak, gruźlica i wilk na błonie Schneidera wywołują również wydzieliny nosa cuchnące, a wreszcie i ciała obce po dłuższym pobycie. Dziecięcy wiek rozmaite wymyśla zabawy, a do nich należy i wtykanie najrozmaitszych przedmiotów w uszy i nos, to téż wskazaném dokładnie nos zbadać, skoro zła woń z niego się wydobywa.

(Dokończenie nastąpi).

Ze Zjazdu lekarzy niemieckich w Magdeburgu.

Streścił Dr. Otto.

Rindfleisch: O tworzeniu się krwi w gruczołach limfatycznych.

Wiadomo, że limfa w naczyniach wychodzących z gruczołów chłonniczych zawiera więcéj ciałek białych aniżeli w naczyniach do gruczołów tych prowadzących i że w pierwszym razie można znaleźć w limfie tu i owdzie ciałko czerwone. Z drugiéj strony oddawna uznają powszechnie tylko szpik kostny i śledzionę za narządy krew wytwarzające a R. udowodnił, że sprawa ta odbywa się przez dzielenie się ciałek czerwonych; ztąd możnaby wnosić, że zawiązkiem ciałek czerwonych krwi jest pewna ilość t. zw. hematoblastów z życia płodowego, które stale mieszczą się w śledzionie i szpiku kostnym. Lecz R. stara się udowodnić, że hematoblasty znajdują się i w innych miejscach, jak to miał sposobność wykazać także i w gruczołach limfatycznych u chłopca, który zmarł skutkiem gruźlicy stawu kolanowego. W przypadku tym gruczoły karkowe i w okolicy jelita ślepego były czerwono zabarwione i prawie w dwójnasób powiększone a naczynia mleczowe wychodzące z gruczołów zawierały czerwoną dość gęstą ciecz, w któréj obok ciałek białych i czerwonych było mnóstwo hematoblastów; ponieważ R. znalazł w tym przypadku we wnęce jednéj nerki tkankę tłuszczową, zamienioną na miąższ, zawierający hematoblasty, nie ulega przeto wątpliwości, że sprawę tę należy uważać za metaplazyję tkanki śledzionowéj.

W drugim przypadku znalazł R. taką samą zmianę w gruczołach krezkowych. Przecięcia ich zabarwione hematoksylinem przypominały już pod słabém powiększeniem ciałka Malpighiego śledziony; substancyja bowiem obwodowych zrazików tworzyła okrągławe jaśniéj zabarwione wysepki, a obwód ich był otoczony zabarwioną tkanką zawierającą hematoblasty. Podobieństwo do miąższu śledziony było tém więcéj uderzającém, że i żyły wewnątrz zgrubiałych przegród międzyzrazikowych były rozszerzone. Z drugiéj strony wiadomo, że w prawidłowéj śledzionie brak naczyń limfatycznych i tylko torebka i grubsze beleczki tkanki łącznéj posiadają małą ilość naczyń a więc to wyrugowanie niejako tkanki gruczołu limfatycznego przez tkankę śledziony tłumaczy R. tém, że nadwyżka hematoblastów musi szukać innéj drogi, musi odpływać żyłami a jestto dla tego możliwém, ponieważ równie przewody miąższu śledziony jak i żyły szpiku kostnego nie posiadają zamkniętych ścian; hematoblasty więc mogą przez nie swobodnie do krwi odpływać.

Aufrecht: Sztuczne zapalenie dyfterytyczne błony śluzowéj macicy.

A. przez długi czas zajmował się różnemi bakteryjami chcąc znaleźć odróżniające je cechy; lecz przyszedł wreszcie do przekonania, że tylko mała liczba chorób zakaźnych zawdzięcza swój początek bakteryjom o odrębnych własnościach

morfologicznych, jak np. wąglik, dur powrotny, gruźlica, kłykciny kiłowe itd. Natomiast w wielu chorobach, które, klinicznie biorąc, nie mają ze sobą nic wspólnego, znalazł drobne twory kuliste nieróżniące się kształtem, wielkością, ani nawet ugrupowaniem: do takich chorób należy krup i dyfteryja, podobnież zapalenie płuc krupowe. We wszystkich tych chorobach błony wypocinowe zawierają mnóstwo t. zw. mikrokoków, nieprzedstawiających żadnéj różnicy, bo i kryteryjum podane przez Friedlendera dla zapalenia płuc, jakoby twory znajdowane w plwocinach miały wyraźnie jaśniejszą obwódkę, okazało się zwodniczém. Lecz A. zupełnie takie same bakteryje znalazł w zapaleniu dyfterytyczném błony śluzowéj macicy a w dwóch przypadkach zapalenia płuc u ciężarnych, które w ciągu choroby zmarły, były w miejscu łożyska wyraźne pokłady wypociny dyfterytycznej, a w nich zupełnie identyczne mikrokoki ze znalezionemi w wypocinie płuc. Tu już trudno było oprzeć się przekonaniu, że obie sprawy chorobowe były ze sobą w ścisłym przyczynowym związku i to było pobudką do podjęcia szeregu doświadczeń, które wykonywał w ten sposób, że roztartą i rozpuszczoną w wodzie wypocinę z płuc, a następnie i plwociny świeże wstrzykiwał podskórnie królikom. Te dostawały w krótkim czasie gorączki, roniły i ginęły najdaléj w paru dniach a sekcyja wykazywała często zapalenie w miejscu wstrzyknięcia, a nadto jako prawie stały objaw zapalenie dyfterytyczne błony śluzowéj macicy i to przedewszystkiém w miejscach łożyska.

Że w przytoczonych doświadczeniach jedynie i wyłącznie mikrokoki były przenośnikami choroby dowodzi ta okoliczność, że gdy wyciął kawałek wątroby zaraz po śmierci królików w ten sposób zakażonych i rozgniótł ją w wodzie destylowanéj, ciecz otrzymana zawierała mnóstwo diplokoków ale zresztą żadnych innych składników a przy szczepieniu dawała wynik dodatni. Natomiast sprawie gnicia nie można przypisywać żadnego wpływu pod tym względem; bo wstrzykiwanie cieczy zawierającéj bakteryje gnilne, przedsięwzięte zresztą w zupełnie tych samych warunkach, nie sprowadzało prócz ropnego zapalenia w miejscu zastrzyknięcia i dłużéj lub krócéj trwającéj gorączki, żadnych zmian w ustroju zwierząt do doświadczenia użytych.

Do tego dodać należy, że zupełnie takie same mikrokoki znajdują się w błonie śluzowéj macicy kobiet, które zmarły z zapalenia dyfterytycznego téjże lub z gorączki połogowéj, a będziemy mieli dość silną podstawę do twierdzenia, że wszystkie te sprawy chorobowe, które można objąć ogólną nazwą: grupy dyfterytycznéj chorób zakaźnych, polegają na dostaniu się do ustroju jednych i tych samych upostaciowanych tworów. Rozstrzygnąć, dla czego ta sama przyczyna wywołuje choroby tak bardzo pod względem klinicznym od siebie różne, — będzie rzeczą przyszłych badań. Lecz już teraz można wyciągnąć pewne wskazówki profilaktyczne, tyczące się gorączki połogowéj. Nie ulega wątpliwości, że gorączka połogowa udziela się najczęściéj za pośrednictwem rąk lub narzędzi, stykających się z częściami rodnemi rodzących lub położnic; lecz to udzielenie się tylko wtenczas nastąpić może, jeżeli na rękach lub narzędziach znajdują się swoiste bakteryje, podczas gdy zwykłe bakteryje gnilne nie bywają przyczyną zakażenia. Czystość jak najskrupulatniejsza i odwanianie chroni przed wszystkiemi bakteryjami, lecz nieczystość i brud nie koniecznie musi wywołać zakażenie. Podczas gdy pierwéj trudno było wytłumaczyć ciężkie nieraz przypadki gorączki połogowéj, w których co najwięcéj części rodne zewnętrzne zetknęły się w ciągu porodu lub po porodzie z rękami badającego a jednak przy sekcyi znajdowano silne zapalenie dyfterytyczne szyjki macicy, — trudność ta ustaje, jeżeli sobie wyobrazimy, że twory zakaźne zetknąwszy się z częściami rodnemi zewnętrznemi, dostają się najprzód do krwi a ztąd na zranioną powierzchnię macicy. W dalszym ciągu nasuwa się pytanie, czy nie jest możebném, że w obec tożsamości mikrokoków znajdujących się w zapaleniu płuc i w dyfteryi ta ostatnia powstaje analogicznie do innych chorób zakaźnych w ten sposób, że bakteryje dostają się inną drogą a w pierwszym rzędzie przez narząd oddechowy do krwi, a ztąd aż do miejsc przyczepienia łożyska w macicy. Jakkolwiek nic pewnego nie jesteśmy w stanie odpowiedzieć na to pytanie, żądanie jednak A., ażeby uważać na to, czy w rodzinie lub w praktyce lekarz i akuszerka nie ma do czynienia z którą chorobą zakaźną z grupy dyfterytycznéj, wydaje się zupełnie usprawiedliwioném.

Seeligmüller: **O osłabieniu serca.**

Autor wyklucza choroby serca ze zmianami anatomicznemi a zastanawia się nad t. zw. neurasteniją serca. Syptomatologija téj choroby była dotąd tak niedokładną, że trudno ją było uważać za odrębną jednostkę chorobową i chorzy ci często byli uważani raczéj za śledzienników, zwłaszcza że niektóre objawy rzeczywiście przypominają tę nerwicę. Na podstawie przypadków przez siebie spostrzeganych daje S. następujący obraz téj choroby: U ludzi, zwłaszcza mężczyzn nerwowych, którzy już od dłuższego czasu uskarżali się na bicie serca i ból w okolicy tegoż, występuje nagłe osłabienie ogólne, które często jest, przynajmniéj z początku, w niestosunku z odżywieniem, a potęguje się jeszcze bardziéj skutkiem bezsenności, procz tego chorzy mają często uczucie ciśnienia w głowie, są roztargnieni, niezdolni do pracy systematycznéj a badanie serca okazuje tony głuche, tętno słabe i rzadkie od 40—60. Prócz téj formy stałego osłabienia jest jeszcze forma przerywana, w któréj to uczucie występuje po dłuższém natężeniu, choć zresztą chorzy oddają się swym obowiązkom. Prawie wszyscy chorzy tego rodzaju nie mogą leżeć na lewym boku. Przyczyną choroby bywają wzruszenia umysłowe, wysilenie mięśniowe, choroby zakaźne jak dur, dyfteryja, nadużywanie kawy, herbaty, tytoniu, alkoholu itd.

Najważniejszą część leczenia stanowi spokój i ćwiczenia gimnastyczne metodycznie przedsiębrane, ciepłe pełne kąpiele, dobre odżywienie, unikanie środków pobudzających, kawy, środków alkoholowych, przebywanie w okolicach górskich, wreszcie używanie małych dawek chininu. (C. d. n.)

P. Bruns: **O obecnym stanie leczenia wola.**

Że niektórzy lekarze uważają wól za chorobę nie bardzo groźną, pochodzi to ztąd, że nieraz spotykamy chorych z wolem bardzo znacznych rozmiarów, którzy nie doznają żadnych większych dolegliwości, i dochodzą do bardzo późnego wieku. Niebezpieczeństwo wola nie leży tyle w jego wielkości, ile w jego położeniu do tchawicy; daleko mniéj niebezpiecznym jest wól wielkości dużéj pięści, ale zwieszający się, aniżeli wielkości włoskiego orzecha umieszczony pod mostkiem i uciskający tchawicę. — Tchawica jest owym organem, na którym wól, zdaniem Rosego, sprowadza największe zmiany; upośledzając bowiem te pierwsze drogi oddechania wpływa szkodliwie na mechanizm oddechania i krążenie krwi. — Pierwszą zmianą na tchawicy jest przemieszczenie takowéj, a przez ucisk zwężenie światła

tējże, w skutek czego upośledzony zostaje mechanizm oddechania, powstaje zastój żylny na szyi, rozwija się powoli rozszerzenie serca prawego z następowym zanikiem albo tłuszczowém zwyrodnieniem, a ze strony płuc rozedma i rozstrzeń oskrzelowa. Nie da się więc zaprzeczyć, że te zmiany wpływają szkodliwie na organizm i podkopują zdrowie, a tém samém musimy uważać wól za chorobę większéj wagi, z którą lekarz liczyć się musi. — Gdy jeszcze dodamy do tego, że każdemu choremu z wolem grozi niebezpieczeństwo naglėj śmierci (Kropftod), którą Rose tłumaczy w ten sposób, że chrząstki tchawicowe ulegają zanikowi przez nacisk i tchawica przy jakim ruchu gwałtownym szyi zagina się zamykając zupełnie światło, tonie możemy lekceważyć tego cierpienia, owszem starać się musimy wystąpić energicznie z leczeniem w każdym przypadku wola.

Różne są sposoby leczenia wola: od najdawniejszych czasów stósowano różne smarowania, podawano środki wewnętrznie a odkąd została udoskonalona technika operowania, a mianowicie nauczono się dokładnie tamować krwotoki i odkąd rozwinęło się leczenie ran przeciwgnilne, wyłuszczenie wola stało się środkiem najpewniejszym i jedynym usunięcia tego cierpienia. Dość przytoczyć zestawienie przypadków wyłuszczenia wola, aby powiedzieć, że dzisiaj daleko częściéj uciekamy się do tego rękoczynu i to zawsze z pomyślnym skutkiem. Kiedy innym sposobem nie mogliśmy niczego dokonać, kiedy do roku 1850 wykonano 44 razy powyższą operacyję, powtórzono ją od roku 1850 do 1877 118 a od roku 1877 do 1883—240 razy. — Nie w każdym jednak przypadku wola musimy zaraz przystąpić do jego wyłuszczenia, bo ten rękoczyn uwalnia wprawdzie chorego od jednego cierpienia, ale niezadługo, bo regularnie po upływie 1—2 miesięcy, niekiedy dopiero 4—6, po operacyi sprowadza charłactwo powoli, lecz coraz więcéj się rozwijające, tak zwaną *Cachexia strumipriva* (Kocher), zwłaszcza gdy nastąpiło całkowite wyłuszczenie wola; ale możemy stósować inne środki, i to z bardzo pomyślnym skutkiem.

Jaki zaś sposób leczenia w pojedynczym przypadku wybrać należy, zależy to od anatomicznéj budowy wola. — Dla tego ze względów praktycznych rozróżniamy 2 rodzaje wola: miąższowy i torbielowaty. Gdy mamy przed sobą wól miąższowy i do tego u osoby młodéj i w wolu nie nastąpiło zwyrodnienie, to stosowanie przetworów jodowych, podawanych wewnętrznie bądź zewnętrznie w postaci maści bądźto w postaci wstrzykiwania miąższowego, przy zachowaniu bardzo wielkiéj ostrożności — bo znane są przypadki naglėj śmierci po wstrzyknięciu jodu w miąższ wola, obok nielicznych przypadków zropienia wola z następstwami, bywa uwieńczone zewsze bardzo pomyślnym skutkiem a za wskazówkę, że po leczeniu jodowém możemy się spodziewać zupełnego zniknięcia wola, niechaj nam posłuży nagła różnica w rozmiarach wola zaraz przy początku leczenia jodem.

Bezskuteczne jest stosowanie przetworów jodowych w miąższowym wolu zwapniałym, włóknistym, koloidowym a tutaj tylko wyłuszczenie jest wskazane i uzasadnione. — Nie wyłuszczamy nigdy wola miąższowego ze względów kosmetycznych, chyba że wól stanowi guz mały, łatwo wyłuszczyć się dający, obok reszty gruczołu tarczykowego zdrowéj. Wyłuszczamy więc wól przy znacznėm utrudnieniu oddechania, lub gdy w miarę szybkiego wzrostu guza powiększają się dolegliwości, wykonywamy ten rękoczyn, gdy chory nie mógł oddawać się swemu rzemiosłu, jak szewc któremu prof. Bruns wyłuszczył wól z powodu tego, że ile razy ten rzemieślnik schylił głowę przy swéj pracy, doznawał trudności w oddechaniu. — Zdawałoby się, że kiedy nie widzimy po stosowaniu jodu żadnéj rożnicy w wielkości wola, możemy bezkarnie przystąpić do wyłuszczenia jego. Tak postąpować nie możemy i nie powinniśmy, zwłaszcza gdy chcemy wyłuszczyć cały gruczoł tarczykowy, abyśmy nie byli zmuszeni obserwować na naszych chorych tego następowego cierpienia, o którém powyżéj wspomniano.

Dotychczas spostrzegano 32 przypadków tego rodzaju charłactwa i przyszli badacze do następujących rezultatów: *Cachexia strumipriva* występuje regularnie w 1—2 a niekiedy w 4—6 miesięcy po operacyi, pojawia się tylko wtedy, jeżeli wyłuszczono cały gruczoł tarczykowy, nie rozwija się gdy wystąpiła recydywa wola wyszła bądź z zostawionéj reszty wola, bądź z gruczołu tarczykowego dodatkowego, jednėm słowem nie rozwija się powyższe charłactwo po częściowém wyłuszczeniu, nosi cechę charłactwa powoli rozwijającego się ale postępującego naprzód, a którego przyczyny szukać musimy jedynie w usunięciu gruczołu tarczykowego; w wewnętrznych narządach nie znajdujemy żadnéj zmiany, szczególnie nie napotykamy powiększenia śledziony ani zapalenia nerek. Istnieje tylko w ciężkich przypadkach znaczna niedokrewność w formie *oligocythämii.* Ciałka krwi nie zmieniają kształtu, ciałka krwi białe nie zostają pomnożone, za to liczba ciałek krwi czerwonych zmniejsza się niekiedy do połowy normalnéj ilości; tak znalazł prof. Bruns u 26 letniéj dziewczyny, u któréj po wyłuszczeniu całkowitém wola torbielowo-miąższowego rozwinęła się bardzo wybitna *Cachexia strumipriva* w 2 miesiące po operacyi, liczbę ciałek krwi czerwonych zapomocą metody Malasseza 2·100·000 na 1 sz. mm. a. hemoglobin zmniejszony o połowę. Przechodząc zaś pojedyncze narządy znajdujemy obok zmiany w krwi jeszcze następujące: twarz obrzękłą, głównie wargi zgrubiałe i obrzmiałe, powieki surowiczo obrzękłe, cerę twarzy woskowo bladą a właściwie żółtawą, grę mięśni twarzowych zupełnie zanikłą, ztąd wyraz twarzy głupkowaty, błonę śluzową warg i jamy ust bladą, język powiększony, zgrubiały, ztąd mowę jak przy powiększeniu migdałków nosową i bardzo powolną, obrzmienie podniebienia miękkiego, skórę na całém ciele suchą, łuszczącą się, zgrubiałą, o miękkiéj tęgości, wydzielinę potu zniesioną, włosy cienkie, suche i skąpe, uczucie znużenia w odnogach, uczucie mrowienia i zimno w rękach i nogach, ruchy ciała powolne i słabe, pomimo że nie spostrzegamy porażenia, mięśnie niezmniejszone, owszem dobrze rozwinięte, chorzy nie mogą rękami wykonywać delikatnych robót, stają się niezręcznymi, jak ruszają się i mówią powoli, tak pojmują i myślą powoli. Na pytanie odpowiadają należycie, ale po długiém namyślaniu się i powoli, pamięć szczególnie u dzieci tępieje, bystrość wzroku i słuchu słabnieje, tylko w ciężkich przypadkach spostrzeżono, głównie u tych, co w bardzo młodym wieku byli operowani, wstrzymany wzrost ciała co do długości, a dostateczny rozwój głowy. — Nie znając znaczenia fizyologicznego tego organu nie możemy sobie wytłumaczyć związku pomiędzy pojedynczemi zmianami. Możemy tylko tyle powiedzieć, że powyższe charłactwo powstaje zapewne przez usunięcie organu, który ma specyjalną czynność w organizmie. Czy on jest regulatorem krążenia krwi mózgu, czy bierze udział w tworzeniu krwi, jak śledziona i szpik kostny, czy tylko nagromadza materyjały krążące w krwi i przeistacza te, które nagromadzone w krwi stają się bardzo szkodliwe, czy wytwarza substancyje, które krążąc w krwi wpływają na normalne

odżywianie systemu nerwowego, za czém przemawiałoby powolne rozwijanie się powyższego charłactwa, tego na pewne twierdzić nic możemy, a têm samém na powyższych teoryjach opierać tłumaczenia powyższych zmian. — Zostawiamy je jak wiele innych pytań w organizmie bez rozwiązania.

W końcu pozostaje nam jeszcze wspomnieć o leczeniu wola torbielowatego. — Tutaj mamy różne metody: jedni wypuszczają płyn zawarty w torbielu i wstrzykują przetwór jodowy, drudzy robią nacięcia, inni wreszcie wyłuszczczają jak wól miąższowy zwyrodniały. Doświadczenie atoli uczy, że pierwsza metoda prowadzi do pomyślnego wyniku wtedy, jeżeli mamy przed sobą pojedynczy jednokomorowy torbiel z gładką ścianą a zawartością dobrze płynną. W ten sposób wyleczył Biltroth 35 przypadków torbielowatego wola, między którémi były 2 torbielowate o zawartości 800 gramów. Przy tym sposobie leczenia trzeba jednak poprzednio zbadać dokładnie krtań i wtedy ciecz z torbiela wypuszczać a potém wstrzykiwać, jeżeli znajdziemy unerwienie krtani zupełnie normalne.

Zamiast wstrzykiwać nalewkę jodową, lepiéj wstrzyknąć płyn Lugola i po kilku minutach znowu go wypuścić. Inne torbielowate wole wielokomórowe z zgrubiałemi, zwapniałemi i skostniałemi ścianami należy wyłuszczyć, co daje się z większą łatwością wykonać aniżeli przy wolu miąższowym. Możnaby robić nacięcie, ale wyłuszczanie prędzéj prowadzi do celu.

Wyłuszczajmy jednak jak przy wolu miąższowym tak i przy torbielowatym tylko częściowo, abyśmy nie sprowadzili choremu przez całkowite wyłuszczenie charłactwa, które może jest daleko gorsze niż cierpienie pierwotne.

Dr. Stanisław Braun.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 7 listopada 1884.

Przewodniczy: kol. Świderski. Obecni koll. Świderski, Jerzykowski, Zielewicz, Jarnatowski, Grodzki, Osowicki, Stan i sekretarz.

W rozprawie nad chorobami nagminnie panującemi zabiera glos kol. Jerzykowski, który spotyka chwilowo dość często koklusz z gorączką, przyczém płuca są wolne. Kol. Świderski: Ulice: wrocławska, wodna, ś . Marcina, obfitują w liczne przypadki odry, któréj objawy gardlane mijają prędko. W rodzinie pewnego szewca leczy S. 4ro dzieci na szkarlatynę, a w żadnym przypadku takowa nie jest powikłana z dyfteryją. — Kol. Jarnatowski widuje liczne przypadki zapaleń gardła z dość znaczną gorączką, ale bez dyfteryi. — Kol. Zielewicz leczył niedawno w zamożnéj rodzinie dziecko 8 letnie na szkarlatynę, która mimo łagodnego przebiegu zasługuje na wspomnienie. Już 4go dnia nastąpiło łuszczenie, gdy 5go powstaje ból w gardle zapowiadający dyfteryję; była ona łagodną mimo obszernego na prawym migdale rozszerzenia. W 2 dni późniéj powstaje ropień pozapołykowy. Nie mogąc u dziecka tego wystąpić z nożem, zajął kol. Z. stanowisko wyczekujące i dopiero w kilka dni późniéj wzmagający się ropień paznogciem przebił. Gdy i pod tym względem stan począł się polepszać, wystąpiły na zakończenie utrapień chorego i otoczenia objawy zapalenia nerek. — Wicherkiewicz podnosi, że kilku chorych w zakładzie okulistycznym dostało zapalenia migdałów z dość silną gorączką, która jednak wraz z objawami gardła tylko pod wpływem przepłukiwań chlorkiem potasu ustąpiła. Niebawem przedstawia się czwarta chora skarżąca się na gardło a zarazem i ból głowy, dziewczyna 18-letnia, u któréj oględziny wykazują na obydwóch migdałach w obszarze 10-fenigówki najzupełniéj znamionujące dyfteryję błony szaro-żółte, ściśle z tkanką spodnią połączone; przytém nabrzmienie gruczołów podszczękowych, a mimo to, chora wolną była od gorączki. Tętno zupełnie prawidłowe. Dziewczyna ta zresztą dni już kilka przedtém czuła ból gardła, ale żadnéj jak sądziła nie miała gorączki. Z obawy przed rozpowszechnieniem dyfteryi pomiędzy chorymi ocznymi odesłał W. dziewczynę do zakładu Sióstr Miłosierdzia, zkąd po 5 dniach wróciła celem dalszéj kuracyi ocznéj do kliniki. W. zapytuje, czy który z kolegów nie spotkał się z przypadkiem tym u Szarytek i czy znane są przypadki dyfteryi bez gorączki. — Jerzykowski przypomina doświadczenie Kaczorowskiego, który swego czasu twierdził, że istnieje dyfteryja bez gorączki. — Kol. Osowicki mniema, że także widywał, lubo rzadko, dyfteryję bez gorączki. Tenże leczy chwilowo tak ciężkie przypadki szkarlatyny, jakich już dawno nie widywał. Niektóre powikłane z dyfteryją, inne ze zropieniem gruczołów. Koł. O. zrobił doświadczenie, że tam, gdzie występuje zapalenie nerek, gruczoły podszczękowe nie ulegają ropieniu i sądzi, że jedno cierpienie drugie wyklucza. — Kol. Jarnatowski, który spotyka się obecnie z licznemi przypadkami duru brzusznego, podnosi okoliczność, że jak powyższe spostrzeżenia kolegów dowodzą, z kilkoma równocześnie mamy do czynienia chorobami lasecznikowemi.— Kol. Zielewicz zapytuje się, czy który z kolegów widział powikłania tyfusowe. Sam bowiem widział przypadek tyfusu z późniejszym krwotokiem. Przypadek ten zakończył się śmiercią.—Kol. Osowicki: Stara szkoła stawia dobrą przepowiednię w obec krwotoków pojawiających się w tyfusie przy końcu trzeciego tygodnia.

Poczém przystąpił Wicherkiewicz do wygłoszenia swego odczytu pod tytułem: „Przyczynki do kazuistyki i dermoplastyki powiek.“ Prelegent wykazuje, w jaki sposób powieki uledz mogą częściowemu lub zupełnemu zniszczeniu, przedstawia niebezpieczeństwa gałce ztąd grożące, wykazuje niedostateczność lub niemożność nadrobienia lub odnowienia powiek przez przemieszczenie płatów z sąsiedztwa, opisuje sposób operowania przez przemieszczenie płatów skórnych wolnych, przytacza nieliczną dotychczas kazuistykę, a podnosząc dodatnią stronę własnego w *Kl. Monatsb. f. pr. Augenheilk.* z roku 1882 opisanego sposobu, polegającego na odczepieniu powiek wywróconych, zaszyciu brzegów tychże i pokryciu na ranę w kilka lub w kilkanaście dni późniéj, skoro zdrowa wybuja ziarnina, odpowiednio wszelkich kawałków skóry wyjętych z ramienia lub innego miejsca, przedstawia trzech przez siebie operowanych, a mianowicie: 1. Chłopca 4-letniego, u którego przed 2 laty znaczne bardzo wywrócenie powieki dolnéj operował własnym sposobem, skutek pozostał wyśmienity.—2. Wyrobnika 32-letniego, u którego z powodu wywróconych obydwóch powiek, co wywołaném było prawdopodobnie czarną krostą albo téż różą, zastósował metodę Wadswortha i przemieścił przed niespełna 3ma tygodniami na utworzoną ranę górnéj i dolnéj powieki dwa płaty. Zagojenie nastąpiło doraźne, płaty przyrosły wyśmienicie, lecz mimo to po rozcięciu poprzednio zeszytych powiek w skutek skurczenia się płatu, dolna powieka poczyna znowu nieco od gałki odstawać.—3. 40-letniego robotnika A., któremu gdy spadł z wozu, koło zmiażdżyło doszczętnie górną i dolną powiekę. Po zabliźnieniu się ran, W. przystąpił przed 12tu dniami po zeszyciu zwolnionych spojówek do pokrycia obnażonéj zupełnie gałki płatem znacznym wyjętym z ramienia. Z powodu niespokojnego zachowania się chorego i nader niekorzystnych stosunków miejscowych skutek nie jest tak dobry jak w drugim przypadku, nie wszędzie téż brzegi jego przylegają. Dlatego w kilku miejscach wierzchnia warstwa płatu nieco się odłącza. Mimo to i ten przypadek wykazuje, że płat skóry znacznych rozmiarów zupełnie wolny może na inném nożem odświeżonêm miejscu zrosnąć się [1].

Z wykładami na przyszłe posiedzenie zgłosili się: kol. Koehler: „Obecny stan patologii i terapii chorób nosa“ i kol. Osowicki: „O antipyrynie u dzieci.“ *Dr. B. Wicherkiewicz.*

Sekcyja rzeszowska

Posiedzenie z d. 20 października 1884.

Przewodniczący kol. Barzycki. Obecnych członków 9.

1) Kol. Barzycki przedstawia chorego mężczyznę lat 64 liczącego, dotkniętego cukrzycą. W przypadku tym zastanawia niezwykle wysoki ciężar gat. moczu 1·06. Cukier wykazano pró-

[1]) Bliższe szczegóły o tych i kilku innych przypadkach podane będą w obszerniejszéj pracy.

bą Trommera, azotanem bizmutu, żółcią wołową i przez fermentacyję.

W dyskusyi o najnowszych zapatrywaniach na tę chorobę zabierają głos koll. Jabłoński i Janocha.

2) Kol. Kramarzyński opowiada przypadek duru brzusznego leczony w prywatnéj praktyce. Choroba o ciężkim przebiegu trwała 3 tygodnie. W kilka dni po ustąpieniu gorączki pojawiło się nieżytowe zapalenie płuc, które śród znacznéj gorączki ustąpiło dopiero po $2^1/_2$ tygodniach. Po kilkudniowym stanie bezgorączkowym wystąpiły ponownie wszystkie przypady durzycy brzusznéj bez widocznéj lokalizacyi i utrzymują się do dziś dnia (11 dzień).

Następnie obecni udają się do rzeszowskiego szpitala powszechnego, gdzie

3) Kol. Drobner przedstawia przypadek ciąży w 7 miesiącu u pierwiastki 18-letniéj, która z powodu ostrego zapalenia nieżytowego pęcherza moczowego i cewki moczowéj na oddział chorób wewn. przyjętą została. Przypadek ten o tyle jest ciekawym, że przy bolesném zresztą dla choréj kateteryzowaniu koniec kateteru napotyka na tylnéj ścianie pęcherza obrzmienie (prawdopodobnie nieprawidłową fałdę błony śluzowéj pęcherza) w postaci nowotworu.

Rotter sekretarz Sekcyi — *Barzycki* przewodniczący.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Liczba lekarzy w król. Pruskiém wynosi obecnie 8693. Berlin liczy 1027 lekarzy, Wrocław 258, Kolonija 148, Królewiec 137, Frankfurt n./M. 124, Hanower 107, Wiesbaden 90, Bonn i Gdańsk po 70. W Berlinie przypada 1 lekarz na 1096 mieszkańców, w całém Królestwie 1 na 3097, w niektórych powiatach wschodnich 1 na 6—7000 m. 71 miasteczek nie ma ani lekarza ani apteki. Fizyków obwodowych liczy królestwo 472, a chirurgów obwodowych 427, pierwsi otrzymują 960, a ostatni 600 mark płacy rocznéj (!). Na 9ciu Wydziałach lekarskich jest 88 profesorów zwyczajnych, 99 nadzwyczajnych i 117 docentów prywatnych. W roku ubiegłym zgłosiło się do egzaminu rządowego 460 doktorów, z których zdało 335.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 21—27 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28,8. Z odry umarło 1 (2 z. t.); z płonicy 0 (5 z. t.); z błonicy 2 (2 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z róży 0 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 7 przypadkach odry, 1 krztuśca. W tygodniu od 14—20 grudnia umarło z ospy w Londynie 33, leczyło się w szpitalach 1125, świeżo zapadło 212. W Pradze umarło z ospy 1, w Paryżu 2, w Madrycie 3, w Wiedniu 4, w Petersburgu 5 w Rzymie i Lizbonie po 7, w Odesie i Wenecyi po 8. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Petersburgu po 1, w Madrycie 2. Odra złagodniała w Kopenhadze. Z cholery umarło od 14—20 grudnia w Paryżu 3, w Bombayu od 12—18 listopada 14.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 14—20 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 29,7; w Warszawie 23,6; w Poznaniu 24,8; w Wiedniu 23,6; w Pradze 28,1; w Berlinie 22,0; w Hamburgu 24,3; w Gdańsku 28,9; w Mnichowie 24,3; w Dreźnie 21,4; w Lipsku 23,4; we Wrocławiu 29,4; w Genewie 22,8; w Brukseli 25,2; w Amsterdamie 29,4; w Hadze 21,0; w Paryżu 23,6; w Londynie 20,7; w Kopenhadze 28,8; w Stokholmie 27,9; w Chrystyjanii 19,3; w Petersburgu 25,5; w Odesie 26,8; w Rzymie 27,6; w Wenecyi 40,0; w Bukareszcie 25,7; w Madrycie 31,7; w Lizbonie 30,0; w Aleksandryi 32,4; w Nowym Yorku 23,3; w Filadelfii 20,9; w Bombayu 25,8. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 stycznia. Na posiedzeniu Wydziału lek., odbytém przedwczoraj, zgromadzenie uczciło przez powstanie pamięć zmarłego dziekana, poczém wybrało jednomyślnie na rok bieżący dziekanem dotychczasowego prodziekana, prof. Stopczańskiego. Zastępstwo w wykładach fizyjologii po koniec półrocza poruczono prof. Łazarskiemu a wreszcie ustanowiono komisyję z 5 członków złożoną, mającą obmyśleć sposób obsadzenia opróżnionéj katedry.

* N. Pan raczył zezwolić, aby prof. Oettinger w miejsce wynagrodzenia rocznego pobierał odtąd płacę stałą z odpowiednim dodatkiem aktywalnym. Przekonani jesteśmy, że najwyższe to uznanie wieloletniéj pracy przyjętém będzie radośnie przez wszystkich kolegów.

* Reskryptem z d. 6 grudnia r. z. do L. 22,149 c. k. Ministerstwo Oświecenia w przedmiocie budowy klinik i zakładu patolog. zarządziło co następuje:

a) Wnioski przedstawione ostatecznie co do wyboru gruntów pod budowę powyższych zakładów zostały przyjęte i zatwierdzone.

b) Uwzględniając naglącą potrzebę odpowiedniego umieszczenia kliniki chirurgicznéj i rychłego postawienia dla niéj nowego budynku, wstawiło Ministerstwo do budżetu państwa na r. 1885 pierwszą ratę na pokrycie wydatków téj budowy w kwocie 40.000 złr. i oznajmiło, że zgadza się na rozpoczęcie budowy w tym roku, jeżeli powyższa pierwsza rata w drodze ustawodawczéj przyzwoloną zostanie.

c) Planszkice budowy dla kliniki chirurgicznéj, zbadane szczegółowo, uznane zostały za odpowiednie.

d) Poleciło, ażeby sporządzono jak najspieszniéj szczegółowy projekt budowy dla kliniki chirurgicznéj i odpowiedni kosztorys.

e) Decyzyja względem budowy drugiego pawilonu na umieszczenie kliniki lekarskiéj, okulistycznéj i położniczéj wstrzymaną została i nastąpi dopiero wówczas, gdy będzie załatwiona kwestyja administracyjnego połączenia klinik ze szpitalem św. Łazarza. W tym celu mają być przedsięwzięte rokowania z Wydziałem krajowym a wynik tychże udzielonym Ministerstwu.

Względem budowy na umieszczenie zakładu anatomii patolog. oznajmiło Ministerstwo, że przyzwala w zasadzie na tę budowę według przedłożonego projektu i oczekuje przedłożenia sobie szczegółowych planów i kosztorysu téj budowy.

C. k. Namiestnictwo donosząc Władzom tutejszym o tém rozporządzeniu Ministerstwa dodaje, że celem wykonania postanowień powyższych poleciło c. k. staroście Ottmanowi, aby bezzwłocznie udał się do Krakowa oraz prosiło Wydziału krajowego, aby z ramienia swego również delegata wysłał na miejsce.

Tak więc po wieloletnich staraniach, dzięki obecnemu Ministerstwu a głównie dzięki p. Ministrowi skarbu, Wydział lekarski Uniw. Jagiell. stanął u progu swych marzeń i życzeń, a nie ulega już wątpliwości, że rok 1885 zwiastowuje szczęśliwy zwrot w historyi naszego Wydziału.

* W piątek d. 2 bm. odbył się pogrzeb śp. prof. Piotrowskiego przy niezwykłym udziale wszystkich warstw społeczeństwa. Przed wyniesieniem zwłok przemówił w pomieszkaniu nieboszczyka Prezes Akademii Majer i złożył na trumnie wieniec laurowy. Kondukt prowadzony przez X. Pelczara, b. rektora U. J., kroczył przez ulicę św. Anny, ową ulicę akademicką, gdzie zmarły przez ćwierć wieku pracował, Rynek i ulicę Floryjańską; trumnę dźwigali uczniowie Uniwersytetu, a za nią płynęła fala obywateli, a śmiało powiedzieć można, że widziano wszystkich, którzy tylko do inteligencyi się zaliczają. Mimo mrozu mało kto pozostał w tyle i największa część towarzyszyła nieboszczykowi na miejsce wiecznego spoczynku. Liczne wieńce, ofiarowane przez rodzinę, przyjaciół, Akademiję Umiejętn., Uniwersytet, Wydział lek., Tow. lek., Szkołę czernichowską, Czytelnię akademicką, uczniów wszystkich Wydziałów, Redakcyję Przeglądu Lek. itd. nieśli akademicy. Nad grobem przemówił rektor U. J. prof. Rydel a w imieniu uczniów słuchacz medycyny p. Jendl.

* Z prawdziwą przyjemnością donosimy, że podana przez nas w Nrze 1ym wiadomość o śmierci sędziwego prof. Brodowicza, okazała się mylną.

* Na posiedzeniu Tow. lekarskiego, odbytém d. 7 bm. pod przewodnictwem Dra Kwaśnickiego, odbyły się sprawozdania statutem przepisane, poczém po pożegnaniu Towarzystwa przez ustępującego prezesa i podziękowaniu mu przez Zgromadzenie za trudy całoroczne, objął kierownictwo wybrany na rok bieżący prezes prof. Rosner.

* Dr. Bossowski, elew kliniki chirurgicznéj krakowskiéj, który wysłany przez prof. Mikulicza, już przez 3 miesiące pracował u znanego bakteryjologa, prof. Rosenberga w Gietyndze,

dzięki usilnym staraniom prof. Mikulicza, osobiście w Wiedniu podjętym, otrzymał drogą telegraficzną od Ministerstwa Oświecenia zawiadomienie, że Ministerstwo spraw wewnętrznych w Berlinie na przedstawienie Rządu austryjackiego udzieliło mu pozwolenie kształcenia się daléj w Ces. Urzędzie zdrowia pod kierunkiem Kocha. Korzystając z tego wyjątkowego i rzadko udzielanego pozwolenia Dr. Bossowski udał się natychmiast do Berlina a po powrocie ztamtąd pracować będzie daléj w tym kierunku w urządzić się na ten cel mającéj pracowni, z kliniką chirurgiczną połączonéj.

* Według rozporządzenia Ministerstwa wszyscy urzędnicy publiczni, a więc i profesorowie, lekarze rządowi itd. na wszystkich kolejach rządowych odtąd opłacać będą za bilety jazdy połowę ceny, a w razie przeniesienia się za przewożenie mebli również połowę tylko płacić będą.

* **Paryż.** Dr. Debove otrzymał nagrodę Lacaza (10,000 fr.) za dzieło: *Leçons sur la tuberculose parasitaire.*

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lipsk.** Wydział lekarski przedstawił na katedrę osieroconą po Cohnheimie następujące terno: Reklinghausen, Ziegler i Birch-Hirschfeld. Ponieważ pierwszy z pewnością nie przyjmie, więc właściwie Ziegler jest przedstawionym. Pominięcie zupełne Weigerta uderza powszechnie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 1: Orłowskiego: Trzy przypadki cięcia podbrzusznego; Gajkiewicza: Ostre rozlane zapalenie części grzbietowéj rdzenia pacierzowego z pomyślném zejściem; Zagórskiego: Niezwykły przebieg ropnego zapalenia miedniczki. — W *Medycynie* Nr. 1: Rosego: O szczególnéj postaci malaryi spostrzeganéj w r. 1883 w Warszawie; Schaittera: O kwestyi przeżycia.

Redakcyja otrzymała:

WENDA i WIOROGÓRSKI: Nowe leki, ich własności i zastósowanie. Warszawa 1884, in 8vo str. 136 i XVII.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi

Dr. B. w L. Życzeniu kolegi co do odbitek już nie możemy dogodzić. Zwracamy przy téj sposobności ponownie uwagę szan. współpracowników, że każdy otrzymać może dowolną ilość osobnych odbitek z pracy swéj, jeżeli życzenie odnośne objawi przed wydrukowaniem rozprawy: najpraktyczniéj postępuje sobie, kto na rękopiśmie swym odrazu wymienia ilość odbitek, których sobie życzy. Sporządzenie odbitek po wydrukowaniu rozprawy znaczy tyle, co ponowne złożenie jéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 17 stycznia 1885. **№ 3.** Rok XXIV.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Doświadczenia podjęte w celach klinicznych nad zachowaniem się istot białkowatych w żołądkach ludzkich fizyjologicznych i chorobowo zmienionych.

Przez

Dra W. A. Gluzińskiego, I asystenta kliniki lek. i Dra W. Jaworskiego, docenta Uniw. Jagiell.

(Rzecz w streszczeniu przedstawiona na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu i na posiedzeniu Tow. lek. krak. w d. 3 grudnia 1884 przez Dra Gluzińskiego).

Nauka o trawieniu mimo licznych badań w rozmaitych kierunkach podjętych pozostawia jeszcze szerokie pole do pracy. Badania nad zachowaniem się np. rozmaitych pokarmów wobec soku żołądkowego wyświeciły wiele dotąd nieznanych szczegółów, sposoby jednak, których używano, może nie są tak pewne, aby można wszystkie wyniki tych badań bezpośrednio i bez zastrzeżenia przyjąć i przenieść na człowieka.

Od czasu poznania działania pepsyny i kw. solnego badania nad trawieniem żołądkowém wykonywano przeważnie następującemi sposobami: 1. sztuczne trawienie poza organizmem wydobytym sokiem żołądkowym; 2. trawienie istot białkowatych przez sztucznie złożony sok żołądkowy; 3. obserwacyja trawienia wprost na zwierzętach, którym założono przetokę żołądkową; 4. obserwacyja trawienia na ludziach, u których przypadkowo powstała przetoka żołądkowa lub została założoną w celu leczniczym. Twórcami pierwszego sposobu badania byli Spalanzani, Réaumur, Branconat i w. i., którzy dawali połykać zwierzętom gąbki na nitce uwiązane, a po wyciągnięciu wyciśniętego soku używali do badania trawienia poza ustrojem. Tiedemann i Gmelin podając zwierzętom do połykania przedmioty mechanicznie drażniące błonę śluzową żołądka (np. kamyczki) zabijali zwierzę po pewnym czasie, a wydzielony sok zbierali do badania.

Tego sposobu badania zaniechano, gdy Eberle wykazał, że wyciąg błony śluzowéj żołądka uskuteczniony za pomocą zakwaszonéj wody działa równie dzielnie jak sam sok żołądkowy. Doświadczenia tą drogą wykonane przez Mialhego i Lehmanna doprowadziły do poznania peptonu. Meissner pracując w tym kierunku wykazał pierwszy, że oprócz peptonu tworzy się inne ciało nierozpuszczalne w rozczynach alkalicznych, które nazwał parapeptonem. Twierdził on, że ciało to nie zamienia się w pepton; Brücke dopiero pracując tym samym sposobem wykazał, że ciało to jest tylko wstępnym przetworem trawienia istot białkowatych i całkowicie zamienia się w pepton.

Nie jeden fakt nowy zyskała nauka, gdy Blandlot a następnie Bassow zaczęli u zwierząt zakładać przetoki żołądkowe, któryto sposób badania został późniéj wydoskonalony przez Biddera i Schmidta, Bardelebena, Bernarda, Panuma i w. i. Najpewniejsze jednak wyniki otrzymano przez obserwacyję trawienia wprost na człowieku. Najdawniejszą obserwacyją w tym kierunku są spostrzeżenia, które robił na sobie samym Gusse, który mogąc dowolnie wywoływać wymioty u siebie, wykonywał ten akt w rozmaitym czasie po spożyciu pokarmów. Znane są ogólnie liczne doświadczenia Beaumonta (*Experiments and observations* itd. tłum. niem. p. Bernarda Ludena. Lipsk, 1834) na strzelcu kanadyjskim St. Martin, który w skutek rany postrzałowéj posiadał przetokę żołądkową. Podobne doświadczenia, tylko naturalnie wobec postępu nauki daleko ściślejsze, mieli sposobność wykonać Grünewaldt i Schröder (*Liebigs Annalen* XCII, str. 42) pod kierunkiem K. Schmidta na kobiecie 35 lat liczącéj, Kretschy (*Deut. Arch. f. klin. Med.* t. XVIII, str. 527) na dziewczynie, u któréj przetoka powstała w skutek próchnienia siódmego lewego żebra, Richet (*Comptes rendus*, t. LXXXIV, str. 450 i 114) i Uffelmann (*Deut. Arch. f. klin. Med.* t. XXVI, str. 335) na chorych z przetoką żołądkową w celu leczniczym w skutek zarośnięcia przełyku założoną.

Gdybyśmy chcieli zestawić wszystkie wyniki, do których sposoby wspomniane doprowadziły, musielibyśmy wyłożyć tu całą naukę o trawieniu. Wspomnimy więc tylko o tych wynikach, które odnoszą się bezpośrednio do zachowania się istot białkowatych a w szczególności białka kurzego w żołądku ludzkim. Pomijając na teraz chemizm trawienia białka zestawimy tylko spostrzeżenia nad strawnością a względnie nad czasem przebywania w żołądku pokarmów białkowatych, w szczególności białka kurzego.

Doświadczenia Spalanzaniego, który wprowadzał przez przełyk do żołądka rurki opatrzone otworkami a w nich między innemi pokarmami i białko, nie mogły doprowadzić do dodatniego wyniku, albowiem nie odpowiadały one zwykłym warunkom, jakie przy akcie trawienia mają miejsce. Blandlot (*Traité analyt. de la digestion*, 1843, str. 383 do 409), który, jak wspomnieliśmy, pierwszy założył przetokę żołądkową u psa i tą drogą wprowadzał pokarmy, doszedł do tak niepewnych wyników, że radzi nie tracić czasu nad bezowocném badaniem strawności pokarmów. Między innemi wspomina on o szczególe nas obchodzącym, że u psa białko z 4ch jaj w przeciągu $2^1/_2$ godzin ustępuje zupełnie z żołądka. Lehmann (*Lehrbuch der physiol. Chemie*, t. III, str. 352) pracując tym samym sposobem podaje, że czas, w którym znika białko z żołądka psiego, zawisł od ilości spożytéj. I tak białko z jednego jaja ustępuje po 1 godzinie i nie można już wykazać ani śladu tegoż, co na pewne ma miejsce, gdy się poda białko z dwóch jaj.

Bidder i Schmidt (*Liebigs Annalen*, t. XCII, str. 42) a szczególnie Buchheim (*Beiträge zur Arzneimittellehre*, 1849, str. 15—112) zmodyfikowali powyższe postępowanie o tyle, że przez przetokę wprowadzali w muślinowych woreczkach pokarmy, a między innemi i kawałki białka pewnego kształtu i ciężaru. I tak Buchheim wspomina, że z cylindra ważącego 1grm. w przeciągu godziny było strawione 59%, a w 2 godziny 93%. Wyników tych jednak nie można nazwać ścisłemi, zważywszy, że trawienie odbywa się rozmaicie, zależnie od położenia, jakie te woreczki zajmą wobec ścian żołądka, a więc wydzielonego soku, od braku poruszalności itd. Najlepszym tego dowodem są spostrzeżenia K. Schmidta, który nawet po 6 godzinach znajdował we woreczku połowę białka nierozpuszczoną i wyniki doświadczeń innych autorów, które wręcz są sobie przeciwne. To skłoniło Schmidt-Mühlheima (*Du Bois-Reymonds Archiv f. Physiologie*, 1879, str. 39) do badania trawienia innym sposobem. Zabijał on zwierzęta po pewnym przeciągu czasu od spożycia pokarmów, podwiązywał żołądek tak w części wpustowéj, jak odźwiernikowéj, a po wyjęciu badał znalezioną treść. O wynikach téj pracy wspomnimy później.

Przechodząc do doświadczeń na ludziach dokonanych rozpocząć należy od spostrzeżeń Beaumonta (*l. c.*), który podaje, że u osoby przez niego badanéj białko z jaj na twardo ugotowanych (ilości nie podaje) podane na śniadanie wraz z chlebem i kawą w przeciągu 3ch godzin 30 minut opuszczało żołądek; gdy zaś były podane na obiad, a więc z większą ilością pokarmów, znikały z żołądka po $5^1/_3$ godzinach. Doświadczenia Kretschyego (*l. c.*) odnoszą się przeważnie do zmian w samym organie pod wpływem wyskoku, kawy, herbaty itd. Badanie aktu trawienia nie dotyczyło także samych istot białkowatych lecz mięszanych pokarmów; z tego zaś wypadało, że trawienie śniadania trwało $4^1/_2$ godzin, obiadu (rosół, cielęca pieczeń, bułka, szklanka wody) 7 godzin, wieczerzy (pieczeń, bułka, wino) 7—8 godzin. Według Richeta (*l. c.*), czas przebywania pokarmów w żołądku jest różnym i wynosi najczęściéj 3—4 godzin; autor ten nie podaje jednak dokładnie jakości podawanych pokarmów, a o ilości wcale nie wspomina. Uffelmann (*l. c.*) zajmując się trawieniem mięsa, białka z jaj, gelatyny, mleka, gumy, cukru trzcinowego, doszedł w pewnych kierunkach do wyników wprost przeciwnych, jak Kretschy, do czego jednak później wrócimy. Co do białka wspomina on, że chłopiec jego, który gorączkował, skrzepłego (ugotowanego na „twardo") zupełnie nie trawił, a pozostawało ono w żołądku dłużéj niż 2 godziny.

Zbierając razem przytoczone spostrzeżenia nad zachowaniem się istot białkowatych (względnie białka z jaj) w żołądkach dojść łatwo do wniosku, że nie rozświecają one sprawy trawienia, szczególnie w zastosowaniu do człowieka. Przyczyna tego jest wieloraka. Jużto, że zastosowywano przeważnie pokarmy złożone, że wyniki na zwierzętach otrzymane nie dadzą się bezpośrednio przenieść na człowieka, jużto, że skąpe doświadczenia na ludziach wykonywano wśród warunków nieprawidłowych. Bo czyż nie dotyczyły one przeważnie indywiduów patologicznych, czy przetoka, którą każdy z nich posiadał, nie upośledzała ruchów żołądka i to może w każdym przypadku odmiennie, coby nawet tłumaczyć mogło róznice w wynikach, — czy gorączka w przypadku Uffelmanna nie musiała wywrzeć swojego wpływu, czy wreszcie nawet ze znacznéj liczby doświadczeń na jedném indywiduum dokonanych można wyprowadzić ściślejsze wnioski dla ogółu.

Wobec tego stanu rzeczy chcąc zbadać zachowanie się istot białkowatych w żołądku ludzkim wśród warunków fizyjologicznych i aby módz wyniki otrzymane zużytkować przy łóżku chorego, co było naszym celem, trzeba było obejrzeć się naprzód za najstosowniejszą metodą badania. Wymieniwszy poprzednio sposoby, jakiemi starano się badać sok żołądkowy i wpływ jego na pokarmy, nie wspomnieliśmy jeszcze o tym sposobie, który powstał po wprowadzeniu przez Kussmaula w użycie cewnika żołądkowego. Zastosowany najpierw w celu leczniczym, użyty on został i do wyciągania i badania soku żołądkowego przez Leubego, Veldena, Klätza i i. Tegoto sposobu badania użyliśmy w naszych doświadczeniach. Zajęliśmy się przedewszystkiém zachowaniem się w żołądku istot białkowatych. Ażeby sobie pracę uprościć, wybraliśmy białko jaja kurzego, jako najprościéj złożone ciało białkowate, łatwo każdemu dostępne, a więc nadające się także do celów klinicznych. Podawaliśmy je w postaci mocno skrzepléj, t. j. „na twardo" ugotowane, gdyż łatwo je oddzielić od żółtka i ponieważ kawałki jego niezmieniające zwykle barwy łatwo odszukać można w wyciągniętéj treści. Sposób postępowania naszego był następujący: Przekonawszy się, że żołądek badanego na czczo jest próżny, podawaliśmy na czczo, na próżny żołądek białko skrzepłe jednego jaja kurzego zawsze mniéj lub więcéj jednakowéj wielkości; po połknięciu takowego badany popijał 100cm.sz. wody przekroplonéj, aby kawałki białka rozprowadzić po ścianach żołądka, a następnie w spokoju, w cieplocie pokojowéj, czekał pewien przeciąg czasu, po upływie którego wprowadzaliśmy zgłębnik, wlewaliśmy jeszcze 100cm.sz. wody destylowanéj, aby dostateczną ilość płynu do rozbioru otrzymać i natychmiast wyciągaliśmy treść żołądka aspiratorem (Jaworskiego). Uregulowawszy odpowiednio dyjetę i zachowanie się badanego, dokonywaliśmy tego aktu dzień po dniu po upływie rozmaitego czasu po-

cząwszy od 1, 2, 3, i. t. d. kwadransów aż do chwili, w któréj w treści wyciągniętéj nie znajdowaliśmy kawałków białka. Ażeby się o tém dokładnie przekonać, odstawiwszy do rozbioru pierwszą ciecz otrzymaną po wlaniu 100cm.sz. wody przekroplonéj, przepłukiwaliśmy kilka razy żołądek i uważaliśmy trawienie żołądkowe za skończone, gdy i wtedy nie znajdowaliśmy ani strzępka białka. W ten sposób staraliśmy się oznaczyć czas wydalenia białka z żołądka. Oprócz tego wydobytą pierwotnie ciecz poddawaliśmy rozbiorowi oznaczając w niéj jakość oddziaływania, stopień kwaśności, względnie alkaliczności, do czego używaliśmy miareczkowania roztworem 10-normalnym ługu sodowego a względnie kw. solnego, dokonywaliśmy próby na wolny HCl, peptony, białko rozpuszczone, śluz, a następnie używaliśmy téj treści do sztucznego trawienia białka. W ten sposób staraliśmy się poznać stronę chemiczną trawienia.

Sposób użyty przez nas dla poznania choć w zarysie trawienia istot białkowatych w żołądku ludzkim obok wprawdzie ujemnych stron, które są dla nas widoczne, miał tę niezaprzeczoną wyższość nad innemi, że odbywał się na człowieku zostającym wśród zwykłych warunków trawienia, że dozwalał nie na jednym lecz na dowolnéj liczbie przypadków doświadczenie powtórzyć.

I.

Rozpoczęliśmy doświadczenia na indywiduach zdrowych. Dla objaśnienia wniosków, do jakich doszliśmy, wyjmujemy kilka doświadczeń i podajemy je w formie tabliczki, (która późniéj razem z innemi się dołączy).

Wyniki doświadczeń tych rozbierać będziemy w następujących kierunkach:

1) zachowanie się oddziaływania wyciągniętéj treści;

2) zachowanie się produktów trawienia;

3) czas wydalania białka z żołądka, względnie czas, w którym wśród danych warunków kończy się trawienie żołądkowe.

W skutek nowszych prac np. Veldena (*Hoppe-Seyler's Zeit. f. physiol. Chemie*, 1879, str. 205), Edingera (*Arch. f. mikrosk. Anat.*, 1879, str. 198) i i. powstała znów wątpliwość, jaki kwas wytwarza się w początkach aktu trawienia. Ci dwaj autorowie twierdzą, że jest nim kwas mlekowy, który dopiero działając na chlorki, w treści się znajdujące, wydziela z nich HCl, co według Veldena ma nastawać w końcu pierwszéj godziny trawienia. Opierając się na naszych rozbiorach możemy wypowiedzieć zdanie, że w żołądkach fizyjologicznych u ludzi w 15—30 minut od początku trawienia kwas mineralny (HCl) wykazać można. Ilość jego, wnosząc z wyrazistości próby Malyego, i ze stopnia kwasności, jest różna i waha się w dość szerokich granicach jak to z powyższéj tabliczki widzieć można. Jakikolwiek jest stopień kwasności czy wydzielony sok zawiera więcéj lub mniéj kw. solnego, w zachowaniu się jego przez cały ciąg trawienia możemy w stanie fizyjologicznym stwierdzić jedno i to samo prawidło. Prawidło to poznamy przypatrując się cyfrom oznaczającym stopień kwasności wydobytéj treści w rozmaitym czasie od spożycia białka. Zrazu powolne wydzielanie podnosząc się koło 30éj, rzadko 45éj, minuty dosięga swego maximum, aby w następnych 2 lub 3 kwadransach napowrót znacznie opaść. Powolne więc wznoszenie dosięgające szczytu średnio koło 30éj minuty od spożycia białka i powolne opadanie, ale w każdym razie szybsze niż podnoszenie w tym samym mniéj więcéj czasie, stanowi prawidło zachowania się kwasności (względnie wydzielania kw. solnego) podczas trawienia téj ilości białka, jaką podawaliśmy.

Z dotychczasowych badań tylko dwie obserwacyje mamy w tym kierunku, t. j. Kretschyego (*l. c.*) i Uffelmanna (*l. c.*). Wynik ich zgadza się z naszym zasadniczo, w szczegółach jest i musi być różny. Obydwaj stwierdzali stopniowe podnoszenie się kwasności, maximum jednak u Kretschyego wypadało znacznie późniéj niż w przypadku Uffelmanna, najlepszy dowód, że obydwaj pracowali wśród warunków patologicznych. W naszych spostrzeżeniach czas, w którym przypada maximum kwaśności, jeszcze najwięcéj zbliżałby się do wyniku Uffelmanna, jednak wypada jeszcze wcześniéj, co łatwo pojąć, zważywszy, że i badany przez Uffelmanna znajdował się wśród warunków nieprawidłowych i że ilość wprowadzonych naraz pokarmów i rozmaitość ich była większa.

Maximum to kwaśności przypadało w naszych doświadczeniach zwykle na czas, gdy ze spożytego białka zaledwie kawałki i to mocno nadtrawione z żołądka dały się wyciągnąć. Potwierdza to zdanie wypowiedziane przez Uffelmanna, „że czas, w którym stopień kwaśności osiągał maximum, prawie zupełnie zgadzał się z czasem, w którym większa część spożytych pokarmów opuszczała żołądek".

Wobec zgodności zasadniczéj wyników badań Kretschyego, Uffelmanna i naszych, chociaż otrzymanych zupełnie odmiennemi sposobami, zastanowić się nam należy nad zdaniem takiéj powagi na polu fizyjologii trawienia jak Heidenhain (*Hermanns Handbuch der Physiologie*, t. V, Cz. I, str. 158), który omawiając wyniki dwóch przytoczonych autorów powiada: „O zmianie w zawartości kwasu podczas aktu trawienia mamy spostrzeżenia Kretschyego i Uffelmanna, według których tenże stale wzrasta. To samo spostrzegałem u psa z przetoką żołądkową". A daléj powiada: „Jeżeli mięszany sok w początku aktu trawienia mniéj jest kwaśny, niż w późniejszych okresach, pochodzi to zapewne ztąd, że z początku część wolnego kwasu zobojętnioną zostaje częścią przez połykaną ślinę, częścią przez alkaliczny śluz powlekający wewnętrzną ścianę żołądka".

Tłumaczenie to zdaje się nam po części nie słuszne, raz, że w przypadku np. Uffelmanna przełyk był zupełnie zarośnięty, a więc badany śliny połykać nie mógł, z drugiéj strony z doświadczeń naszych podjętych w tym celu wynika, że w pierwszych 15 minutach wydziela się taka ilość kwasu solnego, że znacznie większą ilość płynu byłaby w stanie zobojętnić tak, że dalszy przyrost kwasności wobec coraz wybitniejszéj reakcyi na HCl i wzrastającego stopnia kwasności, może pochodzić tylko od większego wydzielania kw. solnego. Dodać nadto musimy, że w każdym przypadku poszukiwaliśmy śluzu w wyciągniętéj treści, i że go ani w pierwszych chwilach trawienia, a tém mniéj w późniejszych nie znajdowaliśmy. (C. d. n.)

II. O rozmaitości form uwiądu rdzenia pacierzowego.

Napisał prof. Adamkiewicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

Poznawszy szczegóły zwyrodnienia w naszym przypadku możemy znów zwrócić uwagę na podania, które poczynili inni autorowie co się tyczy subtelniejszych zmian odbywających się w tylnych powrózkach w uwiądzie rdzenia przyrody miąższowéj.

Strümpell podał następujące twierdzenia.

1. Uwiądowe zwyrodnienie nerwów rozpoczyna się regularnie w pasie korzeniowym.

2. Tylne korzenie biorą stale udział w zwyrodnieniu.

3. Szare tylne rogi znajdują się zawsze zwyrodniałe w uwiądzie.

4. Powrózki Golla ulegają również regularnie schorzeniu, a przedewszystkiém w tylnych swych częściach. A wreszcie

5. Części powrózków tylnych przylegające do spoidla (przodkowe boczne pola) i do tylnego brzegu (tylne zewnętrzne pola) pozostały przez uderzająco długi czas nietknięte, a w szczególności w lędźwiowéj części jeszcze owalne pole pozostaje bardzo często zdrowém.

Ze wszystkich tych podań zostają wprost odparte przez powyżéj opisany przypadek pierwsze trzy podania, czwarte zaś podanie ulega modyfikacyi a tylko piąte zostaje potwierdzoném.

Gdyż, jak nasz przypadek okazuje, nie potrzebują ulegać zwyrodnieniu w uwiądzie ani pasy korzeniowe, ani tylne korzenie, ani wreszcie istota szarych rogów tylnych.

Że powrózki Golla ulegają w uwiądzie często schorzeniu okazuje i nasz przypadek. Nie może on jednak służyć za poparcie twierdzenia, że zwyrodnienie powrózków Golla występuje szczególnie w tylnych ich odcinkach.

Słusznem jest natomiast twierdzenie, że odcinki przylegające do spoidla (przodkowy sierp) i do tylnego zewnętrznego kąta (tylny sierp) okazują wybitną skłonność do opierania się zwyrodnieniu, a następnie, że w bliskości tylnego wcięcia istnieje owalne pole, które może pozostać zdrowém w pośród zwyrodniałéj tkanki.

Roztrząśnienie opisanych faktów poda nam klucz do do ujęcia wszystkich szczegółów znanych dotychczas w zakresie uwiądu miąższowéj przyrody pod wspólne pojęcie.

Musimy najprzód zwrócić uwagę na to, że odpowiada to dawnemu spostrzeżeniu u wielu neuropatologów, iż obszar powrózków Burdacha, przylegający do spoidła, opiera się nadzwyczaj długo zwyrodnieniu uwiądowemu.

Mniéj regularnie, ale zawsze dosyć często, zdarzają się przypadki, w których napotyka się także odcinki, odpowiadające tylnemu sierpowi, jako zdrowe.

Dla podania atoli, że pas korzeniowy, istota szara, tylne rogi i tylne korzenie napotykają się zazwyczaj lub nawet regularnie w uwiądzie jako chore, daje nasz przypadek niewątpliwe wyjaśnienie.

Pas korzeniowy może w przebiegu całego rdzenia pozostać nietkniętym. Również nienaruszonym być może w takim przypadku cała szara istota tylnych rogów. Podobnież i tylne korzenie mogą w jednym i tym samym rdzeniu jużto zupełnie być zwyrodniałe jużto zupełnie zdrowe, już téż częściowo zdrowe, a częściowo chore. W naszym przypadku były: *a)* zupełnie zwyrodniałe w części piersiowéj rdzenia, gdzie zwyrodnienie uwiądowe przekroczyło tylny sierp, *b)* zupełnie i częściowo zdrowe w części szyjnéj, gdzie zwyrodnienie ograniczyło się tylko do pola, podobnego do *f*. Zawsze zaś, skoro tylko tylne korzenie uległy częściowemu zwyrodnieniu, były zwyrodniałe rozpromienienia się nerwów od powrózków klinowych a w szczególności rozpromienienie się nerwów wśród obszaru zwyrodnienia, podczas gdy sam pień korzeniowy przed swém wstąpieniem do rdzenia był w tym przypadku zupełnie nienaruszonym.

O białych włóknach tylnych powrózków możemy to samo powiedzieć. Również i one mogą być zdrowe a tylko częściowo chore. W razie, gdy ulegają częściowemu zwyrodnieniu, chore są tylko rozpromienienia się wśród obszaru zwyrodnienia.

Do tych spostrzeżeń dołącza się jeszcze następujące:

Pierwotnemi ogniskami uwiądowego zwyrodnienia nerwów są: powrózki Golla z jednéj strony i dwa pola, podobne do *f*, wśród obszaru powrózków klinowych z drugiéj strony. A tam, gdzie ustaje odróżnienie powrózków Golla i Burdacha, jest pierwotném ogniskiem zwyrodnienia obszar powrózków tylnych, powstały przez zlanie się obu pól, podobnych do *f*.

Wniosek z tych faktów jest jasném.

W tylnych powrózkach rdzenia pacierzowego istnieją dwa pola kształtu *f*, które w części piersiowéj oddzielone są od siebie powrózkami Golla, poniżéj jednak w rdzeniu łączą się ze sobą.

Te pola podobne do *f* i powrózki Golla w części szyjnéj i górnéj piersiowéj i zarazem połączone oba pola, podobne do *f*, w niższych częściach rdzenia są pierwotnemi ogniskami uwiądowego zwyrodnienia nerwów. Te ogniska mogą, jak nasz przypadek wskazuje, uledz zwyrodnieniu w całości, lub téż, jak inne spostrzeżenia uczą *(Bandelettes externes)*, w poszczególnych tylko odcinkach (zazwyczaj symetrycznie ułożonych).

Czy atoli ulegają w całości, czy téż tylko w małych odcinkach pierwotnemu zwyrodnieniu, okazują zawsze tendencyję do odśrodkowego rozszerzania się. A to rozszerzanie dzieje się w dwóch szczególnie kierunkach:

1) w kierunku ku zewnątrz w stronę pasu korzeniowego i tylnego szarego rogu;

2) w kierunku ku tyłowi w stronę tylnego sierpu i tylnych korzeni.

Że skłonność do rozszerzania się ku przodowi w stronę tylnego spoidła jest tylko nieznaczną, wskazuje właśnie spostrzeżenie, że sierp przodkowy w uwiądzie pozostaje tak często zdrowym.

Jeżeli sobie wyobrazimy, że tendencyja rozszerzania się sprawy zwyrodnienia z ogniska pierwotnego w obu wskazanych kierunkach uwydatnia się w różnym stopniu, to łatwo zrozumiemy, dla czego pas korzeniowy w uwiądzie jest raz zachowany, innym zaś razem zwyrodniały, dla czego w przypadkach, jak w naszym, pozostają rogi tylne zdrowe, jeżeli zachowały się pasy korzeniowe, dla czego w innych przypadkach, w których chore są pasy korzeniowe, ulegają zazwyczaj zwyrodnieniu także tylne rogi, a sprawa chorobowa wkroczyć może aż do powrózków bocznych, i wreszcie dla czego tylny brzeg tylnych powrózków raz zostaje ograniczony paskiem zdrowéj tkaniny, innym razem zaś nie.

Wszystko to łatwo jest teraz zrozumieć i wytłumaczyć, zarazem wszystkie inne dotychczas znane szczegóły co do uwiądowego zwyrodnienia nerwów.

Lecz zapytać się w końcu można, jakie ma znaczenie pole do *f* podobne, w tylnych powrózkach istniejące i mające przedstawiać ognisko pierwotne uwiądowego zwyrodnienia? Czy stanowi ono nowy system? Czy obecność takiego pola w zdrowym rdzeniu jest udowodnioną?

I na te pytania możemy dać zadowalającą odpowiedź i wszystkie fakty tutaj przytoczone możemy ująć w jednolity zamknięty łańcuch bez uciekania się na pole hipotez.

W zdrowym również rdzeniu posiadają tylne powrózki

grupę włókien nerwowych, która jest podobnie ukształtowaną jak pola, do *f* podobne, przedstawiające obszar uwiądowo zwyrodniały. Jestto grupa włókien nerwowych, oddzielona zazwyczaj półksiężycowatym odcinkiem od tylnego spoidła, i kończąca się zazwyczaj ku tyłowi przed tylnym brzegiem rdzenia. Grupę tę muszę uważać według dotychczasowych mych badań jako grupę morfologicznie spokrewnionych włókien nerwowych, mogących łatwo ulegać równocześnie tym samym wpływom. Dopiero niedawno temu opisałem [1]) metodę za pomocą której można tę grupę nerwów w zdrowym rdzeniu przedstawić. Jestto ta sama grupa, którą nazwałem „tylną chromoleptyczną partyją“.

Ponieważ nerwy téj partyi zostają z chromoleptyczną istotą w pewnym związku, i ponieważ właśnie one to są, które w uwiądowém zwyrodnieniu pierwotnie chorują, to nie możemy przeto zbłądzić, jeżeli zwyrodnienie uwiądowe odniesiemy do pierwotnego schorzenia chromoleptycznéj istoty wspomnianéj partyi, do którego dołącza się późniéj zwyrodnienie całéj osłonki rdzennéj, a wreszcie zupełny zanik nerwów, chorobą nagabniętych. Przypuszczanie pierwotnego schorzenia chromoleptycznéj istoty w nerwach uwiądem dotkniętych jest têm więcéj uzasadnionêm, o ile ma ono swą podporę w powyżéj opisaném zachowaniu się zwyrodniałych nerwów.

W innéj pracy wykażę, że pierwotny zanik istoty chromoleptycznéj cechuje pewną formę rozsianego stwardnienia rdzenia.

Jeżeli uwzględnimy nadto, że według podanych badań jedynie tylko obszar pierwotnego ogniska, t. j. tylna chromoleptyczna partyja, ulega stale zwyrodnieniu uwiądowemu nerwów, i że natomiast liczba pierwotnie w nim schorzałych nerwów i stopień późniejszego rozszerzenia się sprawy chorobowéj ulegać mogą licznym odmianom, i to nietylko w różnych rdzeniach, lecz także w różnych wysokościach tego samego rdzenia, wtedy ze stanowiska dzisiejszych naszych wiadomości neuropatologicznych nie będziemy mogli lepiéj określić uwiądowego zwyrodnienia nerwów, jak nazywając je plamistêm zwyrodnieniem tylnéj chromoleptycznéj partyi połączonêm z zanikiem powrózków Golla. A ponieważ, jak wykazałem, istnieje nietylko zwyrodnienie uwiądowe, rozwijające się na tle pierwotnéj degeneracyi włókien nerwowych, lecz także uwiąd, mający swą przyczynę w przeroście tkanki śródmiąższowéj, musimy się rozstać ze zdaniem, jakoby istniała tylko jedna forma uwiądowego zwyrodnienia i w przyszłości mówić wypadnie o różnych formach uwiądu rdzenia pacierzowego.

III. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n./W.

Przyczynki do chirurgii żołądkowo-jelitowéj.

I. Trzy nowe przypadki wycięcia odźwiernika oraz kilka uwag o wskazaniu i sposobie operowania.

Podał **Dr. Rydygier.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2.)

A) Zestawienie przypadków wycięcia w obec raka.

1) J. Péan (*Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin.* Paris 1880, p. 517—524) Mężczyzna, operowany d. 9/4 1879.—Wskazanie: Rak odźwiernika przechodzący na śródjelicie przyokrężne, w postaci małych nieregularnych płatków. —Cięcie w smudze białéj 5 palców poprzecznych powyżéj i poniżéj pępka okalające go na lewą stronę.—Zamknięcie świateł przez uniesienie przeciętych końców w górę, asystenci zapobiegali wypływowi treści żołądkowéj. Nadto nakłuto trójgrańcem żołądek i treść jego wyciśnięto.—Rak odźwiernika był 6 cm. długi, a 4 cm. szeroki. Guz w śródjeliciu przyokrężném był wielkości *d'un macaron de grosseur ordinaire.* — Sposób wyrównania różnicy świateł okładnie niepodany d„*autant que possible*“. P. podaje tylko, że ta część operacyi sprawiła mu najwięcéj trudności.—Liczba szwów niepodana. Część szwów na wewnątrz światła zakładał i wiązał, drugą część na zewnątrz równocześnie sieć zachwytując. Uważano na to, żeby powierzchnie otrzewnowe do siebie były zwrócone.—Szyto katgutem.—Operacyja trwała $2\frac{1}{2}$ godziny. — Przebieg i wynik: Podawano lawatywy pożywcze przez pierwsze dwa dni. Wieczorem 3 i 4go dnia przetoczenie krwi. Śmierć 5go dnia z zapadu sił, kiedy właśnie robiono przygotowania do trzeciego przetoczenia krwi. Badania zwłok krewni nie dozwolili.

2) Rydygier (Przegląd Lek. 1880 Nr. 50, i *Deutsche Zeitschrift f. Chir.* t. XIV, zeszyt 3 i 4) Mężczyzna, lat $64\frac{1}{2}$, operowany 16/10 1880. — Wskazanie: Rak odźwiernika włóknisty *(scirrhus)*.—Cięcie w smudze białéj od wyrostka mieczykowatego do pępka.—Zamknięcie świateł za pomocą moich uciskadeł elastycznych. –Guz 5 cm. długi a $3\frac{1}{2}$ cm. szeroki. Zarazem wycięto 2 gruczoły z większéj a 1 z mniejszéj sieci.— Wyrównanie różnicy świateł przez wycięcie trójkąta z krzywizny większéj, tak, że linija przecięcia przebiegała skośno, kątowato od prawéj strony i góry ku lewéj i dołowi. Dwunastnicę przyszyto do krzywizny mniejszéj.—Około 12 szwów zwężających, 43 szwów łączących i 5 szwów błony śluzowéj. Dwurzędowy szew Czernego, a wewnątrz jeszcze szew błony śluzowéj.— Szyto katgutem.—Operacyja trwała około 4 godzin z chloroformowaniem.—Przebieg i wynik: Podawano kamforę podskórnie; wewnętrznie nastój makowcowy; wino i lawatywy pożywcze z peptonu Adamkiewicza; w nocy morfin podskórnie, w 12 godzin po operacyi śmierć z zapadu sił. Badanie zwłok: Wszystkie rakowate części wycięto; nie ma przerzutów, nie ma objawów zapalenia otrzewny.

3) Billroth (*Wien. med. Woch.* 1881 Nr. 6) Kobieta, lat 43, operowana 29/1 1881.—Wskazanie: Rak dołkowaty odźwiernika.—Cięcie poprzeczne po nad guzem od prawéj strony i dołu ku lewéj i górze 11 cm. długie. — Zamknięcie świateł przez uniesienie i podłożenie kompresów i gąbek, daléj przez sposób, jakiego użyto do przecięcia i zeszycia. — Długość wyciętego kawałka 14 cm. przy większéj, a 10 cm. przy mniejszéj krzywiźnie. Światło ledwo przepuszcza zgłębnik Brunsa. Gruczoł wielkości orzecha laskowego i 2 guziczki małe z *lig. gastrocolicum* wycięto razem z guzem.—Wyrównanie różnicy świateł przez skośne cięcie od góry i strony prawéj ku dołowi i lewéj. Dwunastnicę przyszyto do krzywizny mniejszéj.—21 szwów zwężających, 30 szwów łączących częściowo głęboko, częściowo powierzchownie założonych. — Szyto jedwabiem. — Operacyja trwała $1\frac{1}{2}$ go-

---

[1]) Posiedzenia wiedeńskiéj Akademii umiejętności. Tom LXXXIX. III Wydział. 1884.

Strümpell widział w jednym przypadku uwiądu (*Arch. f. Psych. und Nervenkrkhtn.* Tom XI. 1880, str. 68) zwyrodnienie mego, podobnego do *f* pola w części lędźwiowéj rdzenia, i uważa je za początki powrózków Golla. Że pojmowanie to jest błędném, okazuje się z tego, że pola do *f* podobne nie zostają w żadnym związku z powrózkami Golla, lecz są, jak niniejsza praca wykazuje, częścią powrózków Burdacha.

dziny. — Przebieg pomyślny. Ciepłota od 15 dnia prawidłowa, tylko 3 razy dochodziła do 39,0. Początkowo żywiono chorą zsiadłém i słodkiém mlekiem, czasem podawano lód, potem kawę, herbatę, kakao, wino, jaja, biszkopty i szynkę; 20 dnia sznycel. Chora odleżała się. Po 22 dniach wypuszczono ją z kliniki wyleczoną. Recydywa i śmierć ledwo w 4 miesiące po operacyi. W miejscu zeszycia nie było zwężenia; blizny błony śluzowéj trudno było odszukać.

4) Billroth (Wölfler: *Über die von Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus*. Wien 1881) Kobieta, lat 39, operowana 28/2 1881. — Wskazanie: Rak nabłonkowy odźwiernika. — Cięcie poprzeczne po nad guzem od prawéj strony i góry ku lewéj i dołowi powyżéj pępka 12 cm długie. Lewy mięsień prosty przecięto.—Zamknięcie świateł jak powyżéj, dodano tylko wypłukanie letnią wodą i wytarcie gąbkami.— Długość wyciętego kawałka 10 cm. na większéj, a 5 na mniejszéj krzywiźnie. Światło przepuszcza koniec palca. Rak na wierzchu owrzodziały. — Wyrównanie różnicy świateł przez utworzenie znacznéj wstawki u dołu, dwunastnicę przyszyto do krzywizny mniejszéj. — 20 głębokich i powierzchownych szwów zwężających i 30 szwów łączących.—Szyto jedwabiem.—Operacyja trwała $2^3/_4$ godziny.—Przebieg początkowo pomyślny, późniéj w skutek zagięcia i utworzenia się przez to torby w miejscu połączenia krzywizny większéj z dwunastnicą zatrzymanie potraw, wymioty i śmierć z wycieńczenia sił 8go dnia po operacyi, mimo że szwy rozpruto i założono przetokę dwunastnicową.

5) Billroth (*Wiener. med. Woch.* 1881 Nr. 14, 1882 Nr. 11 i 22) Kobieta, lat 38, operowana 12/3 1884. — Wskazanie: Rak rdzeniowaty odźwiernika. — Zamknięcie świateł jak w poprzednich przypadkach. Długość wyciętego kawałka 12 cm. przy krzywiźnie większéj a 5 cm. przy mniejszéj. Odźwiernik przepuszcza koniec palca. Zrosty z trzustką. — Wyrównanie różnicy świateł przez skośne cięcie od lewéj strony i góry ku prawéj i dołowi i szew zwężający. Dwunastnicę przyszyto do krzywizny większéj.— 36 szwów zwężających i łączących. Tylny rząd szwów na wewnątrz wiązano i dodano 3 zupełnie cienkie szwy błony śluzowéj.—Szyto jedwabiem.—Operacyja trwała $2^1/_2$ godz.— Przebieg i wynik: Zapad podczas operacyi i śmierć tegoż dnia o godzinie 10 wieczorem z upadku sił. Badanie zwłok: Przy głowie trzustki i w sieci mniejszéj zostawiono gruczoły rakowate.

6) Nicolaysen (*Nordiskt mediciniskt Archiv* tom XIII Nr. 27) Kobieta, lat 37, operowana 17/3 1881. — Wskazanie: Rak odźwiernika (*Cylinderepithelialcarcinom*). — Cięcie poprzeczne równolegle do prawego brzegu żeber 3—4 cm. poniżéj, 10 cm. długie.—Zamknięcie świateł przez podniesienie z jamy brzusznéj i założenie szwu zwężającego; wyczyszczenie wnętrza żołądka, wypływ płynu żółciowego podczas operacyi z dwunastnicy. — Wycięto kawałek 9 cm. długi; w wielkiéj sieci nabrzękłe gruczoły. — Wyrównanie różnicy świateł przez założenie szwu zwężającego na krzywiźnie większéj i przyszycie dwunastnicy do krzywizny mniejszéj.— Liczba szwów niepodana. Wsunięcie podług Joberta. Szwy przeszywały częściowo całą ścianę, częściowo tylko warstwę surowiczą i mięsną. — Szyto katgutem. — Przebieg i wynik: Upadek sił. Chora nie zatrzymuje lawatyw pożywczych. Śmierć w $15^1/_2$ godzin po operacyi. Badanie zwłok: Płyn żółciowy na dwunastnicy; kilka kropel wycisnąć można z pomiędzy szwów; mimo to podaje N. za przyczynę śmierci wycieńczenie sił. Przerzutów nie znaleziono.

7) Bardenheuer (*Die Drainirung der Peritonealhöhle*. Stuttgart u Enkego) Kobieta, lat 54, operowana 17/3 1881. Rak odźwiernika.—Cięcie brzuszne 2 cale poniżéj prawego brzegu żeber równoległe do tegoż, 8 cali długie.—Dwunastnicę zawiązano tymczasową podwiązką, na żołądek założono 2 pętle, za którego uniesiono i podsunięto kompresy z gazy tymolowéj.—Rak przechodzi na przednią ścianę żołądka i sięga aż do okrężnicy poprzecznéj, zrosły z trzustką i dwunastnicą. Długość wyciętego kawałka niepodana. — Wyrównanie różnicy świateł przez naciąganie za pętle i założenie szwu zwężającego od góry. Dwunastnicę przyszyto do krzywizny większéj.—Liczba szwów niepodana. Szwy Lemberta i szwy chwytające otrzewnę.— Szyto jedwabiem.—Operacyja trwała godzinę.—Początkowo przebieg pomyślny. Nagle w 20 godzin po operacyi brak tchu i wymioty krwawe. Śmierć w 26 godzin po operacyi. Badanie zwłok: nie ma objawów zapalenia otrzewny; krew w żołądku.

8) Wölfler (*Über die vom Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcin. Pylorus* i *Wiener med. Woch.* 1882 Nr. 14) Kobieta, lat 52, operowana 8/4 1881. Rak odźwiernika. — Cięcie poprzeczne po nad pępkiem. Zamknięcie świateł niepodane. Wyczyszczenie wnętrza żołądka.—Wycięto kawałek 12 cm. długi po stronie krzywizny większéj. — Wyrównanie różnicy świateł przez skośne przecięcie żołądka od krzywizny mniejszéj i strony lewéj ku prawéj. Dwunastnicę przyszyto do krzywizny większéj. — 10 szwów zwężających, 14 wewnętrznych i 16 zewnętrznych szwów łączących. — Szyto jedwabiem. — Przebieg zupełnie pomyślny. Podług listownego doniesienia Dra Wölflera z dnia 8/4 1884 operowana miewa się dobrze. Billroth wyciął jéj w $1^1/_2$ roku po operacyi guzik rakowaty ze ścian brzusznych.

9) Berns (*Weekbl. van het nederl. Tjidschrift v. Geneeskunde* 1881 Nr. 21, ref. w *Wien. med. Woch.* 1881, Nr. 50) Kobieta, lat 49, operowana w kwietniu 1881. Rak odźwiernika. — Cięcie brzuszne od wyrostka mieczykowatego do pępka. — Po nacięciu przedniéj ściany i wypłukaniu żołądka założenie kleszczyków. — Guz z przyrządami za nim położonemi zrośnięty. Trzustkę podwiązano, żyła główna na 10 cm. obnażona. — Wyrównanie różnicy świateł niepodane. Dwunastnicę przyszyto do krzywizny większéj.— Przeszło 100 szwów Czernego. — Śmierć w 4 godziny po operacyi. Badanie zwłok: Szwy trzymają dobrze.

10) Jurié (*Wiener med. Woch.* 1881 Nr. 23). Wieku i płci nie podano. Operowano w początku maja 1881.— Rak odźwiernika.—Przebieg i wynik: Śmierć. Zdawało się przy badaniu, że guz jest poruszalny. Dopiero po oddzieleniu go okazało się, że dwunastnica za mało jest przesuwalną; żołądek było można połączyć z dwunastnicą dopiero po oddzieleniu trzustki.

11) Tillmanns (*Zeitschrift f. Chir.* 1881 Nr. 46) Mężczyzna, lat 63, operowany 13/5 1881. — Rak odźwiernika.—Cięcie brzuszne podług Billrotha.—Guz z przednią ścianą brzucha, z siecią i jedną pętlą jelit zrosły. — Śmierć z zapadu sił w 3 godziny po operacyi.

12) Kroenlein (*Centralbl. f. Chir.* 1882 Nr. 46) Kobieta, lat 54, operowana 4/6 1881. — Rak odźwiernika. — Cięcie poprzeczne po nad pępkiem. — Uciskano palcami. — Guz odźwiernika przechodzi na całą część poziomą dwunastnicy. Rozległe zrosty. — Szew zwężający. — 15

szwów zwężających, 20 łączących. — Operacyja trwała 3 godziny. — Śmierć w skutek wstrząsu.

13) Czerny (listowne doniesienie w *Langenbecka Arch. f. klin. Chirurgie*, tom 27, zeszyt IV, opisał Kuh i Czerny w *Wien. med. Woch.* 1884, Nr. 17, 18 i 19) Mężczyzna, lat 28, operowany 21/6 1881. — Rak odźwiernika małodołkowaty. — Cięcie 10 cm. długie w smudze białéj, 6 cm. po nad pępkiem, 4 cm. poniżéj. — Żadnego zamknięcia świateł. Podłożenie kompres tymolowych ciepłych i przecięcie żołądka w dwóch odstępach i natychmiastowe założenie szwu zwężającego. — Długość wyciętego kawałka przy krzywiźnie większej 9,4 cm. przy mniejszéj 5 cm. Na jedném miejscu w linii przecięcia naciek. W sieci mniejszéj pozostały 2 guziczki, które się wymknęły podczas operacyi.— Cięcie skośne od lewéj strony i góry ku prawéj i dołowi. Szew zwężający z góry. Dwunastnicę przyszyto do krzywizny większéj. — 12 szwów zwężających, 6 wewnętrznych i 34 zewnętrznych szwów Czernego.—Szyto jedwabiem.—Operacyja trwała 1¼ godziny.— Wyleczenie. Przebieg pomyślny, 7go dnia po operacyi obfity stolec. W 5 tygodni po operacyi wypuszczono chorego jako wyleczonego. Od połowy sierpnia 1882 objawy recydywy. Śmierć dnia 5 stycznia 1883. Linija szwu w skutek wybujałości rakowatych pokładów zwężyła się wewnątrz do obwodu ołówka.

14) Lücke (Ledderhose w *D. Zeitschrift f. Chir.* tom XVI, zeszyt 3 i 4) Mężczyzna, lat 33, operowany 27/6 1881.— Wskazanie: Rak odźwiernika włóknisty. — Cięcie 8⅓ cm. długie w smudze białéj, nadto 5½ cm. długie cięcie poprzeczne ku prawéj stronie w środku cięcia podłużnego.— Zamknięcie świateł kleszczykami o równoległych ramionach, które pociągnięto wężykami gumowemi. — Długość wyciętego kawałka 10 i 5½ cm., przepuszcza palec, zrosty z trzustką.— Szew zwężający od góry. Dwunastnicę przyszyto do krzywizny większéj. Pozostało za małe światło żołądka tak, iż trzeba było kilka szwów zwężających zdjąć; mimo to nadstawały ściany dwunastnicy, dla tego zrobiono w niéj zakładkę.—11 szwów zwężających, 26 szwów łączących, z tych tylne były od wewnątrz zakładane. — Szyto jedwabiem. — Operacyja trwała 1¼ godziny. — Śmierć w 10 godzin po operacyi w skutek zapalenia otrzewny i słabości serca. Badanie zwłok: W szwie 2 małe otwory, jeden z nich w miejscu, gdzie się schodził szew zwężający ze szwem łączącym. Główka trzustki od ogona prawie całkiem oddzielona, żyła wrotna w tém miejscu obnażona.

15) Kitajewsky (*Medicinsk. Obosrenije* 1881, ref. w *Centralbl. f. Chir.* 1881 Nr. 49) Kobieta, lat 52, operowana 16/7 1881. — Rak odźwiernika. — Cięcie poprzeczne 4 cm. poniżéj pępka 12½ cm. długie po prawéj stronie aż do smugi. — Szew zwężający od góry. Po otworzeniu żołądka wielka ilość z niego wypłynęła, ale nie do jamy brzusznéj. Na dwunastnicę tymczasowe podwiązki.—Długość wyciętego kawałka 9 cm. przy krzywiźnie większéj, a 10 cm. przy mniejszéj, na któréj rak znacznie się rozszerza.— Wyrównanie różnicy świateł przez zmniejszenie światła żołądkowego u góry i skośne przecięcie dwunastnicy. — 33 szwów zwężających, 32 łączących podług Lemberta, z tych tylne od wewnątrz zakładano.—Szyto jedwabiem.—Operacyja trwała 4 godziny.—Śmierć z zapadu sił w 6 godzin po operacyi. Badanie zwłok: Postać żołądka dobra; szew łączący trzyma dobrze, nie tak dobrze szwy zwężające. Przerzutów nie ma.

16) Weinlechner (Eder, *Aerztlicher Bericht der Privatheilanstalt v. J. 1881*, ref. w *Centralbl. f. Chir.* 1882 Nr. 21) Mężczyzna, lat 47, operowany 18/8 1881.—Rak odźwiernika. — Długość wyciętego kawałka niepodana. — Guz bardzo wielki i zrosły z trzustką i lewym płatem wątroby.— Operacyja trwała 5 godzin. — Śmierć w 5 godzin po operacyi.

17) Billroth (Wölfler w *Wien. med. Woch.* 1881 Nr. 51 i 1882 Nr. 15) Kobieta, lat 36, operowana 25/10 1881. — Wskazanie: Rak odźwiernika.— Cięcie poprzeczne o 2 palce poprzeczne po nad pępkiem 14 cm. długie.—Na dwunastnicę założono tymczasową podwiązkę; na żołądku postąpiono jak w poprzednich przypadkach. Przed zupełném przecięciem dwunastnicy założono 3 szwy wewnętrzne. Wycięto kawałek długości niepodanéj, guz wielkości orzecha włoskiego; 3 gruczoły wycięto, lecz przy badaniu pokazało się, że nie były rakowate. — Cięcie skośne z lewéj strony i góry ku prawéj i dołowi; u góry szwy zwężające. Dwunastnicę przyszyto do krzywizny większéj. — 11 szwów zwężających, 26 szwów łączących, z których tylne były wewnętrzne.— Szyto jedwabiem.—Operacyja trwała 1¼ godziny. —Przebieg bardzo dobry. Wyzdrowienie. W 6 miesięcy późniéj nie ma recydywy.

18) Billroth (Eder *Bericht d. Privatheilanstalt 1881*, ref. w *Centralbl. f. Chir.* 1882 Nr. 21) Mężczyzna, lat 44, operowany 5/11 1881. — Rak odźwiernika. —Wycięto kawałek długości niepodanéj. Oddzielenie guza blisko śródjelicia przyokrężnego. Wycięcie zrosłéj głowy trzustki, przyczém nieco soku trzustkowego wypłynęło do jamy brzusznéj. — Śmierć zrana dnia trzeciego z upadku sił obok nie bardzo rozwiniętego zapalenia otrzewny.

19) Bardenheuer (łaskawe doniesienie listowne).— Wskazanie: Rak odźwiernika.—Cięcie poprzeczne.—Długości wyciętego kawałka nie podano.—Śmierć 8go dnia w skutek miejscowego zapalenia otrzewny naokoło cięcia poprzecznego. Szew żołądka bardzo dobrze trzymał.

20) Gussenbauer (doniesienie na XI Zjeździe chirurgów w Berlinie) operowano w r. 1881.—Wskazanie: Rak odźwiernika. — Długość wyciętego kawałka niepodana. Guz zrosły z trzustką. Kilka gruczołów musiano wyciąć.—Operacyja trwała 2 godziny. — Śmierć z upadku sił w 16 godzin po operacyi.

21) Bardenheuer (łaskawe doniesienie listowne). — Wskazanie: Rak odźwiernika.— Długość wyciętego kawałka niepodana. Guz z trzustką zrosły, któréj przewód przecięto.—Śmierć na drugi dzień po operacyi.

22) Langenbeck (doniesienie na XI Zjeździe chirurgów w Berlinie).—Wskazanie: Rak odźwiernika.— Długości wyciętego kawałka nie podano. Guz z trzustką zrosły.— Śmierć z zapadu sił wkrótce po operacyi. (Dok. nast).

IV. Sprawozdanie roczne z „Domu Zdrowia,“ zakładu leczniczego prywatnego.

Z upoważnienia odpowiednich pp. ordynaryjuszów podał Dr. J. Gwiazdomorski, kierownik zakładu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

11. J. B. l. 34 z Galicyi. *Lymphomata colli lateris sin., exstirpatio*, — wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

Pacyjent już przed paru laty zauważył w dołku nadobojczykowym lewym prawie tuż pod skórą liczne drobne guzki wielkości grochu, niebolesne, dość ruchome, niespra-

wiające żadnéj dolegliwości. To prawdopodobnie było przyczyną, że wówczas ani prof. Bryk, ani prof. Dumreicher, nie chcieli tych guzków wyjmować. Ponieważ jednak guzy rosły a dziś stanowią prócz kilku mniejszych wolnych spory pakiet z licznych guzków złożony dochodzący do wielkości jaja kurzego, który sięgając dość głęboko uciska nerwy i wywołuje silne a częste bole w całéj ręce lewéj, — przeto przystąpiono w narkozie do wyjęcia tychże, co ze względu na liczbę guzków dość głęboko ułożonych i na pobliże ważnych naczyń przedstawiało dosyć trudności. Ranę 10 cm. długą przebiegającą wzdłuż wewnętrznego brzegu mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego zeszyto jednym szwem płytkowym i trzema rezerwowemi zostawiając dwa dreny, a skórę samą szwem kuśnierskim i opatrzono antyseptycznie. Chory ani razu nie gorączkował, a rana goiła się tak dobrze *per primam*, że już po 5ciu dniach wyjęto oba dreny i szew płytkowy. Sekrecyja przez cały czas była bardzo nieznaczna, a już po 9ciu dniach wyjęto i resztę szwów i pacyjent odjechał wyleczony do domu.

12. J. W. l. 27 z Galicyi. Mięsak powłoki brzusznéj, wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

Przed 8 laty spostrzegł pacyjent na skórze w okolicy dołka podsercowego mały czerwony guzek wielkości prosa i zdarł go paznokciem; ranka zagoiła się wkrótce pozostawiając stwardnienie, które od 2 lat zaczęło się powiększać. Od pół roku skóra ponad guzem, który urósł już do wielkości jaja gęsiego, zaczęła wrzodzieć i odtąd chory cierpi dość często na krwotoki, czasem znaczne, z tych powierzchownych owrzodzeń. Badanie wykazuje dziś w dołku podsercowym w linii środkowéj guz podłużny wielkości sporéj pięści wystający znacznie nad poziom piersi i brzucha, powierzchnia jego gładka. Guz jest nieruchomy, twardy, nie ustępuje przy napięciu mięśni brzucha; skóra nad nim zcienczała, gładka, napięta, w środku na rozległości 4 centów pokryta strupem i watą z sześciochlorkiem żelaza.

W narkozie okrojono skórę naokoło obrzęku i odtłuszczono go od podstawy, przyczém odsłonięto zewnętrzną powierzchnię otrzewny na szerokości małéj dłoni i musiano odjąć dość znaczne kawałki mięśni prostych brzucha zajęte obrzękiem. Prócz licznych podwiązek katgutowych na warstwę mięsną rany 10 cm. szerokiéj a 20 cm. długiéj (od pępka do wyrostka mieczyk.) 4 szwy katgutowe, daléj na tęż warstwę mięśniową wraz ze skórą 4 szwy płytkowe i kilka jedwabnych. Napięcie części zeszytych jest bardzo znaczne, bo przy zakładaniu szwów musiano oba brzegi rany 10 cm. rozwartéj siłą zbliżyć ku sobie. Opatrunek jodoformowy. Zaraz po przebudzeniu żali się chory na silne ściągnięcie piersi. Wkrótce zaczął gorączkować; kaszel, na który już przed operacyją cierpiał *(bronchitis)*, wzmagał się i niepokoił ranę. Z powodu nieustającego bólu i wzmagającego się napięcia w okolicy rany musiano 3go dnia po operacyi zaniechać zamiaru gojenia *per primam*, rozcięto i wyjęto prawie wszystkie szwy, i przykryto ranę gazą jodoformową. a na zaczerwienione i obrzmiałe zaś części otaczające skóry dano okład z *alum. acetic.* Po paru dniach ustąpiła gorączka i zmiany zapalne w otaczającéj skórze i odtąd rana goi się dobrze drogą granulacyi. W celu przyspieszenia gojenia używa się ściągania jéj brzegów plastrami i przyżegania granulacyj lapisem. W 28 dni po operacyi rana jest już tylko 8 cm długą a $1\frac{1}{2}$ cm szeroką i pacyjent opuszcza Zakład wyleczony.

13. M. K. l. 48 z Krakowa. *Lipoma subcutaneum in hypochondrio sinistro*, — *exstirpatio*, — wyleczenie w dwóch tygodniach. Ordynaryjusz: prof. Dr. J. Mikulicz.

14. H. S. l. 27 z Ukrainy. *Caries maxillae inf.* — wyskrobanie. Na drugi dzień opuściła zakład. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

15. L. K. l. 8 z Galicyi. Wyskrobanie wrzodów skrofulicznych na barku lew. i grzbiecie nogi praw. — Po 7miu dniach opuścił zakład z ranami czysto brodawkującemi. (Poza Zakładem nastąpiło zupełne zagojenie obu ran). Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

16. J. G. l. 27 z Królestwa polskiego. Owarcie znacznéj zatoki na udzie lewém powstałéj z powodu zapalenia kości udowéj. Rozszerzenie i wyskrobanie zatok. Chory z brodawkującą raną odjechał do domu. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

17. A. Z. l. 38 z Galicyi. *Necrosis phalangis II pollicis dextri*, — wyjęcie kości chorej, — wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. A. Obaliński.

18. J. K. l. 6 z Wołynia. *Fractura humeri sin. inveterata*, — *resectio*, — wyleczenie. Ordynaryjnsz prof. Dr. J. Mikulicz.

Przed trzema miesięcami spadł z konia i złamał kość ramienia lew. tuż nad stawem łokciowym. (Odłączenie przyrostka). Przywołany wówczas chirurg założył opatrunek gipsowy i zdjął go dopiero po kilku tygodniach. Odłamki kości zrośnięte są ze sobą, lecz tak, iż odłamek górny wystaje mocno po nad stronę wewnętrzną przegubu łokciowego, odłamek dolny zaś zbacza ku tyłowi i ku górze, wskutek czego zgięcie ręki w stawie łokciowym jest bardzo niedostateczne, zaledwie pod kątem 110°; cała ręka lewa jest o 2 cm. krótsza od prawéj. Usiłowano przeto w narkozie rozłamać napowrót świeży ten zrost kości, a gdy to z powodu krótkości odłamka dolnego wykonać się nie dało, przecięto podłużnie skórę na zgięciu wewn. stawu łokciowego, oddłutowano wystający koniec górnego odłamka, odłamano przyrostek od trzonu kości ramieniowéj za pomocą dłutka, założono dren do rany, zeszyto ją trzema szwami i opatrzono antyseptycznie; zgiąwszy ramię w stawie łokciowym pod kątem około 75° założono opatrunek ustalający. Dalszy przebieg był bezgorączkowy. W 8mym dniu rozcięto opatrunek ustalający, wyjęto dren z rany. W 13tym dniu po operacyi wyjęto i szwy; rana zupełnie *per prim. int.* zagojona, założono opatrunek ustalający, z którym chory Zakład opuszcza.

19. A. S. l. 34 z Królestwa polskiego. *Stenosis laryngis e perichondritide crico-arytenoidea. Cricotomia*, — wyleczenie. Ordynaryjusz Doc. Dr. P. Pieniążek.

Zaprzecza stanowczo, jakoby kiedykolwiek cierpiał na kiłę; miał tylko przed kilku laty wrzód miękki, który ustąpił po leczeniu rozczynem ołowiowym (?) bez rtęci. Przed 3ma miesiącami po zaziębieniu dostał silnego kaszlu i chrypki a od $2\frac{1}{2}$ miesiąca cierpi na ciągłą to mniejszą to większą duszność. Z tego powodu robił w Warszawie liczne wcierania szaruchy i pił wodę Emską. Pacyjent dobrze zbudowany i dość dobrze odżywiony. Na twarzy mała sinica. W płucach prócz nieżytu większych oskrzeli i miernéj rozedmy płuc (granica wątroby na 7ém żebrze a stłumienie serca zmniejszone) zresztą zmian znaczniejszych nie ma, szczyty płuc wolne. Jama połykowa i krtań aż do wysokości głośni prawidłowe, tylko więzadło i chrząstka nalewkowa prawe nieruchome; ruchomość lewych prawie całkiem prawidłowa. Dopiero poniżéj brzegu wiązadeł poczyna się po obu stronach żywe zaczerwienienie i obrzęk błony śluzowéj zajmu-

jący dolną powierzchnię wiązadeł, który nie jest oddzielony od brzegów samych wiązadeł wyraźnemi bruzdami. Obrzęk strony prawej jest podobnież jak i więzadło strony prawéj nieruchomy; po stronie lewéj tylko górna część obrzęku bierze udział w ruchach więzadła, które podczas oddechu niknie w tym obrzęku, bo krawędź więzadla wygładza się i znaczy się tylko jako smuga biaława. Dolna część obrzęku także i strony lewéj jest nieruchoma tak, że obrzęki stron obu dochodzą prawie aż do linii środkowéj i między oboma pozostaje tylko szparka na $^1/_2$ cm. szeroka a krótsza, niż długość głośni, gdyż obrzęk prócz strony prawéj i lewéj zajmuje także i przednią i tylną ścianę, choć w mniejszym stopniu. Owrzodzeń ani blizn nigdzie nie ma; chrząstki nalewkowe równie jak i fałdy nalewko-nagłośniowe i nagłośnia wcale nieobrzmiałe. *Sinus pyriformis* strony prawéj również trochę obrzękłv i zaczerwieniony. — Dokładne badanie nie wykazuje nigdzie śladów kiły. — Po postawieniu pijawek na szyję szpara nagłośniowa rozszerzyła się wprawdzie o drugie tyle; duszność jednak jest jeszcze zawsze tak znaczna, że trzeba koniecznie otworzyć nowy kanał oddechowy poniżéj miejsca zwężenia i w tym celu chory przybył do Zakładu, gdzie natychmiast wykonano krikotomiję z przecięciem *ligamentum conicum*, przyczém podwiązano oba końce małéj gałązki tętniczki anastom. Założono tymczasowo kaniulę srebrną. — Silne zadrażnienie krtani i tchawicy, kaszel. Po wstrzyknięciu choremu 0·015 morfinu podskórnie kaszel się uspokoił a na rankę można było założyć dwa szwy poniżéj, a dwa powyżéj kaniuli. Spał w nocy dobrze, nie gorączkował. Kaszel zawsze dość silny. Wieczór zmieniono kaniulę srebrną tymczasową na kauczukową stałą. — Daléj woda Emska, morfin. Ponieważ w dalszym przebiegu kaszel był zawsze silny i ilość śluzu obfita, przeto chory dostawał morfinu w małych dawkach, pił wodę emską i wziewał Ol. pini przez kaniulę, w skutek czego kaszel był późniéj mniéj częsty a ilość śluzu mniejszą. Ranka po krikotomii goiła się dobrze, ciepłota raz tylko podniosła się do 38·6° C. — Rozedma płuc stwierdzona przed operacyją ustąpiła zupełnie po sześciu dniach, a oddychanie przy zatkanéj kaniuli jest łatwiejsze niż przed operacyją. — W tym stanie chory po 9ciu dniach pobytu opuszcza zakład z zaleceniem tegoż samego leczenia i czystego utrzymywania kaniuli, a po paru miesiącach ma powrócić w celu systematycznego rozszerzenia głośni walcami cynowemi.

20 J. K. l. 45 z Galicyi. *Kyklitis plastica recidiva in oculo sin. amaurotico cum ossificatione chorioideae. Irritatio sympathica oculi dextri. Enucleatio bulbi sinistri*, — wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. L. Rydel.

21. K. K., l. 36 z Galicyi. *Residua post exsudatum pleuriticum sin., Bronchitis putrida, Bronchectasis in lobo inf. sin* Cięcie próbne. Ordynaryjusze prof. Dr. E. Korczyński i prof. Dr. J. Mikulicz.

Pacyjent przybył do Zakładu w celu pozbycia się wysięku opłucnowego, rozpoznanego przez kilku lekarzy. Już we Wiedniu chciano wykonać tę operacyję; w ostatniéj jednak chwili odstąpiono od tego, gdyż rezultat badania nagle się zmienił a stłumienie i inne objawy wysięku znikły. Przed dwoma miesiącami robiono i w Krakowie dość głębokie nakłucie próbne strzykawką Pravaza w 9ém międzyżebrzu strony lewéj i wydostano wyraźną ropę. Obecnie objawy znane a wyraźne każą znów rozpoznawać wysięk opłucnowy prawdopodobnie surowiczy po stronie lewéj i to w znacznéj ilości; z tegoż więc powodu ma być wykonane nacięcie w odpowiedniém międzyżebrzu z tyłu po téjże stronie. Już po uśpieniu chorego i po przecięciu skóry, jakoteż warstw zewnętrznych mięśni zmniejsza się znacznie wymiar stłumienia, a chory wykaszluje znaczne ilości ropy krwią nieco zabarwione; ponieważ i za pomocą strzykawki Pravaza już nie można znaleźć ogniska ropnego, przerwano operacyję i wypełniono ranę powierzchowną gazą jodoformową. Kilkodniowa, jak najdokładniejsza obserwacyja przebiegu choroby, ścisłe a kilkakrotnie ponawiane badanie chorego, wreszcie dwukrotne badanie plwocin pod mikroskopem, wykazały, że mamy w tym przypadku do czynienia z cierpieniem nader powikłaném, którego rozpoznanie najprawdopodobniejsze wyżéj podałem. Ponieważ późna pora roku (listopad) w obec ostrości naszego klimatu mogłaby wywrzeć szkodliwy wpływ na rozpoznane a ciężkie cierpienie chorego, przeto doradzono mu, aby się udał do Meranu i tam rozpoczął systematyczną kuracyję.

B) Przypadki nieoperacyjne.

22. T. W., l. 19 z Król. polskiego. *Tuberculosis miliaris pulm. et ilei, Pneumothorax sinister, mors*. Ordynaryjusz Dr. J. Jodłowski.

W drodze do Włoch pacyjent zatrzymać się musiał w Krakowie; kaszle on dopiero od 3 miesięcy, ciepłota waha się między 39—40° C.; silna duszność, znaczne rozwolnienie wreszcie szczegółowe badanie chorego wykazało oprócz rozpadającego się nacieku w szczytach płuc także i gruźlicę ostrą prosówkową płuc i jelit. W parę godzin po przybyciu do Zakładu wystąpił nagle *pneumothorax sinister*, który zadał choremu cios śmiertelny.

23. A. S., l. 42 z Królestwa polskiego. *Pachymeningitis chronica*, wcieranie szaruchy, polepszenie. Ordynaryjusz prof. Dr. A. Rosner.

24. J. B., l. 40 z Galicyi. *Amotio retinae dextrae*, wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. L. Rydel.

Zawsze krótkowidzący. Przed 6 miesiącami po silném natężeniu fizyczném zauważył nagłe upośledzenie wzroku na oku prawém w formie szarego obłoku nad brwią, który zajmował mu część pola widzenia. Rozpoznano wówczas we Lwowie: *Opacitates corporis vitrei* i zastosowano wcierania szaruchy (3 grm. dziennie przez 28 dni). Bystrość wzroku rzeczywiście znacznie się polepszyła; lecz wkrótce wystąpiło nowe pogorszenie i obecnie brak na oku prawém wewnętrznéj i górnéj części pola widzenia. Pacyjent doznaje często po ciemku falowania świetlnego w oku prawém, zwłaszcza przy ruchach, i to w téj części pola widzenia, któréj mu brakuje. Wziernik wykazuje prócz licznych i dość znacznych mętów i błon w ciałku szklaném, oderwanie części siatkówki dolnozewnętrznéj w $^1/_4$ części rozległości. Bystrość wzroku oka prawego nie dochodzi nawet $^6/_{60}$, i nie poprawia się po użyciu szkieł; w pobliżu zaś czyta pacyjent bardzo trudno tylko Nru 4 Jaegera. Kiły nie przebywał. Po 10ciu wstrzyknięciach podskórnych *Pilocarpini muriat.* (0·02 dziennie) i leżeniu na wznak w ciemnym pokoju ustąpiło w znacznéj części zmętnienie ciałka szklanego, pozostało tylko kilka błon szarych, osobliwie w dolnéj połowie ciałka szklanego, które już prawdopodobnie nie ustąpią. Dno oka można więc dziś dość dokładnie widzieć, a mimo to tylko w jedném, malém, ograniczoném miejscu widać jeszcze oderwanie siatkówki. Odpowiednio do zmian tych uczuwa i pacyjent polepszenie: pole widzenia bardzo mało ścieśnione a bystrość wzroku lepsza, gdyż chory czyta przy lampie Nr. 2 Jg. Błyski ustały zupełnie. W celu osiągnięcia ile można zupełnego wyleczenia

rozpoczęto po kilku dniach przerwy dalszy ciąg tego samego leczenia. Po 15tu wstrzyknięciach oderwanie siatkówki całkiem zniknęło tak, że go nigdzie stwierdzić nie można. To też i pole widzenia jest prawidłowéj wielkości, a chory czyta przy lampie Nr. 1 Jg. dość dobrze. Aby jednak ten wynik leczenia utrzymać, zalecono unikanie jeszcze światła, wystrzeganie się cięższéj pracy fizycznéj i t. d.

25. P. K., l. 60 z Galicyi. *Irido-kyklitis specifica oculi utriusque*, wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. L. Rydel.

26. W. K., l. 13 z Galicyi. *Chorioiditis disseminata in regione maculae luteae oculi utriusque*, polepszenie. Ordynaryjusz prof. Dr. L. Rydel.

Od pół roku zauważył widoczne a dość znaczne pogorszenie wzroku. Czyta okiem prawém Nr. 20, a lewém bardzo trudno, 15 Jg.; palce liczy okiem prawém zaledwie na 40 cm., lewém na 1·50 metra. Badanie wziernikiem wykazuje w naczyniówce w okolicy plamek żółtych złogi zapalne z małą ilością barwika. Po 18tu wcieraniach szaruchy z zachowaniem zwykłych ostrożności pacyjent opuszcza Zakład w stanie znacznie polepszonym, gdyż okiem prawém czyta płynnie Nr. 14, a lewém 9 Jg., liczy palce okiem prawém na $3\frac{1}{4}$ metra, a okiem lewém na 6 metrów odległości. Również i badanie wziernikiem wykazuje znaczne polepszenie. Pacyjent ma w domu przez dłuższy czas zażywać jodek potasu.

27. W. L., l. 35 z Galicyi. *Neuritis optica oculi utriusque*, polepszenie. Ordynaryjusz prof. Dr. L. Rydel.

Przed 3ma dniami zauważył pogorszenie wzroku na oku lewém, którém od wczoraj nic nie widzi; odtąd ciągły ból głowy, szczególniéj w czole, a od dwóch dni pogorszenie wzroku i na oku prawém. Badanie nie wykazuje ani śladu przebytéj kiły, ani choroby serca lub nerek; zatkanie kałowe. Wziernik oczny zaś wykazuje na oku prawém bardzo znaczne przekrwienie i obrzmienie zastoinowe tarczy nerwu wzrokowego; na oku prawém żyły grubsze, tarczę czerwieńszą, jéj granicę lekko przyćmioną. Okiem lewém chory odróżnia blask lampy tylko na 25—30 cm.; okiem prawém V $^6/_6$ z myłkami, szkła żadne wzroku nie poprawiają. Zaraz po stwierdzeniu tych zmian postawiono choremu 8 pijawek na skroń lewą, podano silny purgans, urządzono kąpiel nożną w wodzie ciepłéj z gorczycą i rozpoczęto wcierania szaruchy, wszystko w pokoju zaciemnionym. Na drugi dzień powtórzono, oprócz stawiania pijawek, ten sam sposób leczenia a dla wywołania silnéj transpiracyi zastrzyknięto choremu rano naczczo 0·015 pilokarpinu. Do wieczora ból głowy ustał, lecz upośledzenie wzroku utrzymuje się na obu oczach w tym samym stopniu. Pośród dalszego leczenia (*purgantia*, kąpiel nóg z gorczycą i wcierania szaruchy 3 grm. dziennie) ustąpiły zmiany spostrzegane na oku prawém zupełnie i wróciła prawidłowa bystrość wzroku. Natomiast na oku lewém, mimo, że zmiany dostrzegane wziernikiem znacznie się zmniejszyły, ma chory zaledwie słabe poczucie światła. Dopiero w miesiąc późniéj (chory zażywał *Kali jodatum)* zaczął wzrok powracać, a chory tém okiem liczył palce na pół metra i czytał trudno Nr. 24 Jg., wszystko na wewnątrz.

28. F. T., l. 28 z Galicyi. *Abscessus corneae dextrae*, wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. L. Rydel.

29. J. M. l. 40 z Galicyi. *Fibromata uteri*, *Peritonitis*, niewyleczona. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz i prof. Dr. M. Madurowicz.

Pacyjentka przybyła do Zakładu w celu pozbycia się drogą operacyi kilku włókniaków macicy przez pochwę. Skoro jednak wystąpiły objawy zapalenia otrzewny, odłożono operacyję; pacyjentka opuściła Zakład po paru dniach pobytu niewyleczona.

30. C. H., l. 26 z Galicyi. *Caries atlantis et baseos cranii*, niewyleczona. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

Zupełnie podobny przypadek przedstawił prof. Dr. Nothnagel na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy w Wiedniu z dnia 22 lutego 1884 i dla tego pomijam tu opis pojedyńczych objawów choroby.

31. J. N., l. 75 z Galicyi. *Cystitis*, wyleczony opuszcza zakład po 4 tygodniach. Ordynaryjusz prof. Dr. A. Obaliński.

V. Oceny i sprawozdania.

Pogląd na obecny stan nauki o chorobach nosa. Podał Dr. Klemens Koehler.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

Jeszcze jednę formę zapalenia nosa wspomnieć mi tu wypada, tak zwany przewlekły śluzotok Störka (*Die Krankheiten des Kehlkopfes*. Stuttgart str. 161). Znakomity ten laryngolog wiedeński zwrócił uwagę na chorobę nosa *sui generis*, która przechodząc na połyk, krtań i tchawicę, sprawia tam największe spustoszenia. Żydów galicyjskich, Włochów i mieszkańców Besarabii najczęściéj choroba ta dotyka, niewyjęte są jednak i inne narody a sam miałem sposobność obserwować dotkniętego nią rodowitego Wiedeńczyka. Choroba ta odznacza się wydzielaniem nadmierném śluzu żółto-zielonawego, przyczém nie ma nigdy przekrwienia, ani nabrzmienia błony śluzowéj. W nosie jest ten śluzotok mniéj szkodliwym, natomiast przechodząc ztąd niżéj sprowadza owrzodzenia, zrosty, błony wrzekome.

W nieżytach spotykamy cieczenie krwi z nosa często powtarzające się, w takich razach staranie głównie skierowaném być winno ku usunięciu przewlekłego kataru. Pomijając zastępcze krwawienia przy braku menstruacyi, któreto przypadki coraz liczniéj bywają opisywane, a daléj hemofiliję, którą raz Moslerowi przez transfuzyję zupełnie uleczyć się dało, często znajdujemy wracające się krwotoki nosowe i u ludzi zdrowych. Najlepszym sposobem na razie jest tamponowanie nosa watą. Inni polecają wdmuchiwania ałunu lub garbnika, co często bardzo jest skuteczném. Przed przestrzykiwaniem rozczynionym sześciochlorkiem żelaza przestrzegano, ponieważ łatwo płyn ten wchodzi do jam oboknosowych i ma tam być szkodliwym. Woda gorąca, jak jéj się używa w krwotokach macicznych, także znalazła między rinologami adeptów, wystarcza czasem nawet samo zmywanie twarzy. Najczęściéj udaje się jednak odkryć miejsce, z którego krwawienie pochodzi, a w takich razach najpewniej skutkuje galwanokaustyka, która tyle usług w chorobach nosa oddaje. Do krwawień nosowych przyczyniają się bardzo polipy. Jakie przyczyny składają się na wyrastanie polipów, jest jeszcze rzeczą dotąd niewyjaśnioną. Walka, czy nieżyt daje im podstawę, czy przeciwnie polipy nieżyt wywołują, jeszcze nieukończona, a pewném tylko jest, że statystyka dowodzi, iż ukleje u ludzi przed rokiem 16ym bardzo rzadko zdarzają się, a właśnie jest to peryjod życia, w którym nieżyt najwięcéj się rozwija. Jakkolwiek ukleje na wszystkich częściach nosa wewnętrznego wyrastają, najliczniéj spotykamy je na muszli średniéj, a najrzadziéj na przegrodzie. Dotąd polipy uważano za szkodliwe o tyle, że zamykają drożność nosa, wstrzymują tą drogą wolne odde-

chanie; odkąd jednak Voltolini ogłosił przypadek, w którym polip był przyczyną astmy, spostrzeżenia w tym kierunku stały się liczniejszemi a Hack stwierdził, że ukleje, cisnąc na ściany nosa, wywołują przekrwienie muszli, a tém samém wszelkie wyżéj przytoczone przypadłości odruchowe. Usuwania uklei zawsze próbowano środkami żrącemi, w ostatnim czasie Donaldson (*Revue médicale française et étrangère*, 1884, Nr. 37) z Baltimore poleca kwas chromowy. Hering z Warszawy prawie w ostatnich numerach *Gazety Lekarskiéj* (Nr. 41 i daléj), będąc w ogóle zwolennikiem tego kwasu, przemawia także za jego użyciem wobec polipów nosa. Nie ma kwestyi, że środek ten ukleje zniszczyć może, ale zlokalizowane wypalanie nim jest bardzo utrudnionêm, bolesném, a cała sprawa długą i nużącą. Nastój makowca także może polipy skurczyć i zniszczyć, sądzę jednak, że mniéj tu działa makowiec, aniżeli wyskok. Chirurgiczne niszczenie uklei jedynie zalecą się, ale nie barbarzyńskie chwytanie kleszczami i wydzieranie, tylko wycinanie przy oświetleniu za pomocą pętli, a najdogodniejszém za pomocą pętli galwanokaustycznéj, z późniejszém przypaleniem pozostałych resztek. Doszczętna ta operacyja chroni od krwawienia i recydywy, a ból zawsze bywa bardzo mierny. Mówiąc o uklejach miałem na myśli tylko ukleje t. zw. śluzowe, tak jak to dziś nauka pojmuje, nie podciągając pod to miano, jak dawniéj, wszystkich nowotworów w nosie się znajdujących.

Włókniaki brodawkowe, chrzęstniaki i kostniaki w nosie samym rzadko się zdarzają, częściéj znajdujemy je w przestrzeni połykonosowéj, włókniaków w nosie samym ogłoszono dotąd tylko 3 przypadki. Rzadkiemi są także raki i mięsaki w nosie lub na nim, a nowego nic o nich powiedzieć się nie da. Dość często spostrzegać możemy wyrostki kostne, zwłaszcza na przegrodzie, mają one prawie zwykle kształt piramidy, przyczém czubek skierowany w przewod nosowy. Rzadko tylko wywołują one zatkanie nosa, a w takich razach najlepiéj je ostrym przepalaczem galwanokaustycznym w podstawie przepalać. Wielka ich odporność chroni od fałszywego rozpoznania polipa, co się również stosuje do przegrody nosowéj zbaczającéj. Jak zaś łatwą taka pomyłka, dowodzi i przypadek tyczący się ucznia K. z G. obserwowany wspólnie z jednym z kolegów obecnych, u którego już się zabierano do wyjęcia rzekomego polipa. Prócz dawniejszéj pracy Zuckerkandla, literatura rinologiczna w tym kierunku wzbogaconą została obok prac mniejszych pracą Löwenberga: *Les déviations de la cloison nasale* itd. Paryż, 1883, str. 6. Przegroda zbaczająca w wyższym stopniu pociąga za sobą szkodliwość, wypływ śluzu przez jednę dziurkę mniéj lub więcéj utrudniony, głos się zmienia, ucisk zaś wywierany na muszlę dolną przyprowadza ją do zaniku, a ztąd i cały przewód do zanikowego nieżytu z wszelkiemi następstwami. Zuckerkandl, a po nim Löwenberg, dzielą zboczenia na poziome wyższe, niższe i pionowe, podług kierunku, w jakim się rozwinęły. Naturalna, że i dwie formy czasem się u jednéj osoby razem wytwarzają. Ingals (Refer. w *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1883, 4) przypuszcza 4 stopnie zboczenia: 1) lekkie zboczenie całéj przegrody ku jednéj stronie; 2) zgięcie się przegrody z zapadem nosa, zwykle w skutek urazu; 3) wygięcie się chrząstki u szczytu; 4) ukośne zboczenie z dołu i przodu, ku górze i tyłowi. Uraz jest najczęstszą przyczyną zboczenia, inni jednak inne przypuszczają powody: nierówne kostnienie, zapalenia błony śluzowéj lub ochrzęstnéj. Gdy przegroda zbaczająca zupełnie zamyka przewód, musimy w drodze operacyi niedogodność tę usunąć. Najprostszym ale nie zupełnie dokładnym sposobem jest przedziurawienie przegrody za pomocą galwanokaustyki albo téż dziurawiącemi kleszczami Rupprechta, zbudowanemi na podobieństwo kleszczy do znaczenia biletów kolejowych. W innych razach wskazaną będzie resekcyja. Ugniatające kleszcze a zarazem kruszące podane przez Adamsa z następném zakładaniem płyt ze słoniowéj kości, dziś najwięcéj używane; jestto metoda, którą uzupełnił i wydoskonalił Jurasz (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1882, Nr. 4). Rękojeści tych kleszczy są na kształt kleszczy położniczych urządzone, do rękojeści w tulejkę wchodząc, za pomocą śrubek przymocowane są dwie trójkątne stalowe płyty, połączone śrubą, którą wkręcając zbliżamy płytki. Zgniotłszy i wyprostowawszy przegrodę odejmujemy rękojeści, a w nosie płyty przez 3 dni pozostają, potém dopiero zastępujemy je płytami z kości słoniowéj. Rękoczyn nieco bolesny, wywołuje zapalenie i obrzmienie błony śluzowéj, które jednak po kilku dniach ustępuje. Narzędzie to równie dobrze użyć się daje wobec złamania nosa, możemy nim adaptować i w miejscu utrzymać kawałki, a jak wiadomo kości nosa do szybkiego zrośnięcia się są skłonnemi. Przy złamaniach kości nosa spostrzegać można hematomy, wybroczyny, a nie rzadko ropnie, których rozpoznanie nietrudne.

Właśnie otrzymałem odbitkę najnowszéj pracy Jurasza (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1884, Nr. 50); rzadki ten a zajmujący przypadek, który zresztą sam miałem sposobność obserwować, opiszę tu choć pokrótce. Dziewczynka 10-letnia okazuje obie dziurki nosa zatkane obrzękami jasnoróżowemi. Po bliższém zbadaniu okazuje się, że nabrzmienie to obustronne dotyczy przegrody nosowéj. Wewnątrz nabrzmienia chełbotanie wyczuwać się dawało. Jurasz swym nowo wymyślonym aspiratorem z obu stron wydobywa płyn jasny, surowiczy w ilości 5sz.cm. Ponieważ zgłębnikiem chrząstka wyczuwać się dawała, ztąd słusznie sprawę tę jako zapalenie ochrzęstnéj poczytać wypadało, tém bardziéj, że przedstawiała dalszy ciąg róży twarzy, na którą dziecko przedtém cierpiało. Po aspiracyi, która tylko z prawéj strony musiała być powtórzoną, przegroda powróciła do normalnéj grubości. W literaturze całéj podobnego przypadku Jurasz nie znalazł, jedynie Velpeau zwraca uwagę na takie cysty.

Opisanych przypadków gruźlicy w nosie mało bardzo dotąd napotykamy i zdawaćby się mogło, że błona śluzowa nosa odznacza się pewną odpornością wobec téj choroby, a przyzwyczailiśmy się gruźlicę nosa uważać jako drugorzędny objaw. Jak jednak w otoku z ucha prątki Kocha już znaleziono, tak spodziewać się należy, że i na błonie śluzowéj nosa zagnieżdżenie się prątków wkrótce w licznych przypadkach udowodnioném będzie. Sądzono dawniéj, że gruźlica najprzód dotyka płuc, że ztamtąd dopiero przenosi się na krtań, dziś skonstatowano, że w licznych przypadkach gruźlica najprzód sprawia spostoszenia w krtani. Nie będziemy się téż dziwić, jeżeli kiedyś udowodnioném zostanie, że błona śluzowa nosa jest jednym z pierwszych etapów gruźlicy, błona zresztą na przyjmowanie prątków najbardziéj narażona.

O kile już wyżéj wspomniałem, że usadowiając się w nosie wywołuje wydzieliny smrodliwe, że przy zapaleniu chrząstki przychodzi do przedziurawień przegrody, i że przedziurawienia zawsze jako na podstawie kiły powstałe uważać można. W bardzo tylko wyjątkowych razach możemy spotkać przedziurawienia przez wilka lub gruźlicę powstające a to już w okresach chorób bardzo późnych. Ponieważ

wilka i na skórze nosa w takich razach znajdujemy, a w płucach daleko posuniętą sprawę gruźliczą, ztąd też rozróżnienie nie będzie trudném. Kiła odziedziczona pojawia się w nosie u noworodków, w pierwszym a najpóźniéj drugim tygodniu a objawia się mocnym bardzo katarem, który nosek zupełnie zamyka. Mackenzie przypuszcza, że w przewodach nosowych znajdują się kłykciny, które jednak jeszcze dotąd nie zostały udowodnionemi. Jeżeli środków rtęciowych nie użyto, nieżyt przechodzi w stan przewlekły, wydzieliny ostre wywołują wyprysk na wargach i brzegach otworów nosowych, z czasem przychodzi do martwiny kości, do zapadu nosa i spłaszczenia.

Lupus, toczeń, wilk, zwykle na skórze nosa najpierw pojawia się, nie ulega jednak wątpliwości, że i w nosie, a głownie w częściach chrząstkowych, samodzielnie pojawić się może, często wywołując tu wielkie owrzodzenia. Pracę ważniejszą w ostatnich czasach w téj mierze ogłosił Moinel (*Essai sur le lupus scrophuleux des fosses nasales*. Paryż, 1877). Sprawa znalezionych w gruzełkach wilka prątków Kocha dotąd nie zupełnie załatwiona, to zaś pewna, że galwanokaustyka w każdym razie najpewniéj cierpieniu zaradza.

Mówiąc o ozenie namieniłem, że wypływy smrodliwe nosa także wywołanemi być mogą przez ciała obce, dodać tu tylko muszę, że i robaki w ludzkich nosach zagnieździć się mogą a zwłaszcza gąsienice much, jak to Kirschmann przed 3ma laty (*Wiener med. Wochenschrift*, 1881, 3/12) spostrzegał. Użył on balsamu peruwiańskiego, z méj strony polecić mogę olejek terpentynowy, który także w uchu to robactwo zabija, nie sprawiając żadnéj szkody. Co raz też więcéj mnoży się spostrzeżeń nad kamieniami nosowemi, w których nie zawsze obce ciało jako jądro odkryć się daje. Przy wyjmowaniu obcych ciał trzeba być ostrożnym, aby popychane nie wpadły w krtań, dla tego też to Leroy d'Etiolles podał haczyk, który sprostowany wprowadzamy, a dopiero będąc za ciałem obcém za pomocą sprężynki w kolanko zginamy. Webera tusz przepuszczany przez przewód wolny może, silniéj użyty, wypędzić ciało obce.

Nie zapuszczając się w szczegóły o potwornych ukształtowaniach nosa, pominąć nie mogę nowego przypadku Sommera (*Wiener med. Presse*, 1883, Nr. 15) z Pragi, który spostrzegał człowieka zresztą normalnie ukształtowanego, u którego tylne nozdrze lewe było szczelnie zamknięte ścianą kostną, pokrytą błoną śluzową, przyczém chory w téj dziurce nie miał zmysłu powonienia.

Ze Zjazdu lekarzy niemieckich w Magdeburgu.

Streścił Dr. Otto.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

Heusner: O działaniu piorunu na człowieka.

Ponieważ przypadki rażenia piorunem zdarzają się w praktyce lekarskiéj stosunkowo dość rzadko, H. podał do wiadomości przypadek zasługujący na uwagę tak z powodu ilości osób rażonych jak i jakości uszkodzeń przez nich doznanych. W okolicy Barmen piorun powalił na ziemię 20 ludzi, z tych 4 zostało na miejscu zabitych, reszta odniosła rozmaite uszkodzenia. Według świadectwa tych, co byli obecni uderzeniu piorunu, wszyscy rażeni okazywali bardzo niską ciepłotę nóg a przytém bardzo bladą cerę.

Kobieta najsilniéj rażona, żaliła się, przyszedłszy do przytomności, na silny zawrót głowy i uczucie mrowienia w nogach, które przez kilka godzin z rzędu były blade, zimne. Za lewém uchem rozciągała się aż do łopatki rana oparzelinowa skóry i tkanki podskórnéj. Na prawéj połowie klatki piersiowéj, prawém udzie i przedramieniu były rozległe plamy czerwone. Ciekawe zmiany spostrzegł H. na skórze podeszwy, było tam około 20 plam okrągławych wielkości soczewicy do wielkości grosza, barwy jasno-szaréj, w których środku znajdowały się otwory otoczone częściami oderwanéj warstwy przybłonkowéj i przypominały swoim kształtem otwory, jakie powstają, jeżeli przepuszczamy iskrę elektryczną przez kartonowy papier; podobne otwory, tylko większe, znajdowały się na podeszwach pończoch i obuwia i u innych osób; jeżeli jednak w podeszwach obuwia były gwoździe, to nie widać było żadnych otworów; widocznie więc elektryczność przechodziła przez gwoździe jako dobre przewodniki. U wspomnianéj kobiety było w miejscu odpowiadającém oparzelinie kilka otworów w płaszczu do $\frac{1}{2}$ cm. wynoszących a inne części ubrania okazywały tém większe otwory, im bliżéj powierzchni ciała tak, że w koszuli jeden otwór dochodził wielkości talara.

U innych osób H. znalazł podobne zmiany, w mniejszym jednak stopniu, oparzeliny przechodzące w ropienie były rzadsze i najczęściéj nie było żadnych widocznych zmian lub lekkie pręgi czerwone, które u paru osób miały przebieg wyraźnie zygzakowaty, odpowiadały więc obrazowi błyskawicy. U jednego chłopca pręga czerwona rozciągała się od górnych kręgów piersiowych do kości krzyżowéj a tu dzieliła się na dwie pręgi mniejsze idące do odnóg.

Ważną pod względem sądowolekarskim jest ta okoliczność, że osoby rażone piorunem nie pamiętają tego, co zaszło, bo piorun ogłusza lub zabija pierwéj, nim jego światło przez nerw wzrokowy a huk przez słuch może dojść do świadomości; tém tłumaczy się, że jeden z rażonych przyszedłszy do siebie i słysząc głośne wołanie o pomoc chciał biedz na ratunek i dopiero wtenczas spostrzegł ku swemu wielkiemu zdziwieniu, że sam ruszyć się nie może. Większa część rażonych nie okazywała też żadnéj trwogi, ale raczéj zupełną obojętność i tylko ci, którzy doznali słabego uderzenia, przypominali sobie nieco ową chwilę, widocznie więc późniéj popadli w ogłuszenie. Jeden z nich opowiada, że pamięta, jak upadł i zdawało mu się, jakby go coś w kawałki targało, inny spostrzegł, że jego towarzysz stal się bladym jak trup, a wreszcie i on uczuł uderzenie jakby młotem i padł na ziemię.

Berger: O związku przyczynowym kiły i uwiądu rdzeniowego.

Czy kiła może być podstawą uwiądu rdzeniowego? Pytanie to niejednokrotnie zajmowało patologów, lecz ostatecznie nie zostało jeszcze rozstrzygniętém. Autor podaje dwa przypadki, które rzucają niejakie światło na powyższe pytanie. W jednym z tych przypadków istniało od 10 lat zakażenie kiłowe z kolejném pojawianiem się ciężkich i długo trwających przypadów: jak $2\frac{1}{2}$ roku trwające owrzodzenia w jamie nosowéj, kilaki w skórze itd. W ciągu tego czasu wystąpiły wybitne objawy uwiądu rdzeniowego (charakterystyczny chód, zboczenia w zakresie czucia skórnego i mięśniowego, zboczenia ze strony pęcherza moczowego, porażenie mięśni ocznych). Przeziębienie i nadmierne wysilenia stanowczo można było wykluczyć a jeżeli chory dopuszczał się wybryków w zakresie funkcyj płciowych, to te w każdym razie można było odnieść do czasu bardzo dawnego. W drugim przypadku u mężczyzny 74-letniego, który przed 3 laty leżał w klinice chorób wenerycznych we Wrocławiu z objawami drugorzędnéj kiły, rozpoznano uwiąd rdzeniowy, którego pierwsze początki sięgały 2 lata wstecz. Obok uwiądu istniało obustronne zapalenie jąder i blizna w rowku za-

żołędziowym. Śmierć nastąpiła 3 maja rb. a oględziny wykazały gruźlicę płuc i jelit tudzież zwyrodnienie tylnych powrózków w stosunkowo wczesnym okresie. Wprawdzie przypadki te nie są stanowczym dowodem, że istnieje związek przyczynowy między kiłą i uwiądem rdzeniowym, lecz mogą służyć przynajmniej jako ostrzeżenie, aby nie wykluczano stanowczo kiły z etyjologii uwiądu rdzeniowego, jak to Leiden chciał uczynić. Zestawienie 100 nowych przypadków typowych uwiądu rdzeniowego wykazało, że 43% chorych przebyło kiłę, przyczém tylko te przypadki uwzględniono, w których objawy drugorzędnéj kiły były na pewno stwierdzone. Co się tyczy objawów, to zasługuje na uwagę stosunkowa przewaga porażeń mięśni ocznych u osób, które przebyły kiłę; lecz choć nie znamy cech odróżniających uwiąd rdzeniowy na podstawie kiły od zwyczajnego uwiądu, niczego to nie dowodzi; wszak nikt nie będzie zaprzeczał, że zwyrodnienie skrobiowate wątroby może być skutkiem kiły dla tego, że anatomicznie tego rodzaju wątroba nie przedstawia żadnych cech, po których możnaby odróżnić zwyrodnienie skrobiowate na tle kiły powstałe od gruźliczego i dla tego że leczenie przeciwkiłowe w tych razach jest bezskuteczném.

Seligmüller: **O zapaleniu rdzenia pacierzowego u pijaków.**

Literatura odnosząca się do porażeń po nadużywaniu alkoholu, a szczególnie do porażeń odnóg dolnych, jest bardzo skąpa; brakuje przedewszystkiém dokładnych opisów z oględzin pośmiertnych, któreby naocznie dowodziły, że te porażenia polegają na procesie zapalnym w rdzeniu pacierzowym. W przypadku porażenia odnóg dolnych u pijaka, ogłoszonym niedawno przez Moelego, znalazł tenże częściowe zwyrodnienie w obu nerwach udowych a natomiast nie było żadnych zmian w części lędźwiowéj rdzenia. Cztery przypadki opisane przez S. odznaczają się tém, że 2 z nich okazywały formę bardzo lekką, początkową, inne dwa były bardzo ciężkie. Pierwsze dwa przypadki odnosiły się do mężczyzn w średnim wieku. Obaj chorzy z zawodu swego mieli do czynienia z napojami zawierającemi alkohol; jeden bowiem z nich trudnił się sprzedażą wina i koniaku, drugi destylowaniem likierów i obaj mieli brać często do ust napoje te dla wypróbowania ich, a obok tego ostatni wypijał dziennie do pół litra wódki. Obaj skarzyli się na gwałtowny wędrujący ból w odnogach dolnych i w okolicy lędźwiowéj, osłabienie nóg i uczucie trętwienia w tychże. W obu razach zakazał S. próbowania napojów i choroba w jednym przypadku znikła w krótkim czasie bez śladu, o drugim chorym nie miał więcéj żadnéj wiadomości.

Dwa drugie przypadki, w których porażenie rdzeniowe było zupełnie rozwinięte, przedstawiały zupełnie jednaki przebieg; w obu bowiem po pewien czas trwającém osłabieniu odnóg przyszło nagle, prawie, w jednym dniu do zupełnego porażenia, przyczém istniały silne bóle w odnogach dolnych a uczucie trętwienia w odnogach górnych. W krótkim też czasie powstały silne kontraktury w odnogach górnych i dolnych. Pobudliwość nerwów i mięśni na prąd elektryczny była zmniejszona, oddziaływania zwyrodnienia (*Entartungsreaction)* nie można było wykazać, a natomiast wystąpił stosunkowo szybko zanik mięśni na porażonych odnogach. U jednego chorego nastąpiło po przestaniu używania napojów alkoholowych znaczne polepszenie.

Aufrecht: **O krupie i dyfteryi.**

Że autor jest zwolennikiem identyczności tych spraw chorobowych, wynika już z poprzedniego artykułu, w którém udowadnia, że polegają one na dostaniu się do ustroju tych samych bakteryj; co się zaś tyczy różnicy anatomicznéj, ta jest według niego tylko pozorną, bo A. stanowczo zaprzecza, jakoby w dyfteryi zawsze przychodziło do owrzodzenia błony śluzowéj. Jeżeli się chorych na dyfteryję nie leczy miejscowo i dokładnie obserwuje, to można się przekonać, że odsłonięta przez dobrowolne odejście błon wypocinowych błona śluzowa nie okazuje żadnego ubytku. Wprawdzie traci ona swój połysk w tych miejscach, w których się znajdowała wypocina; lecz jest to tylko skutkiem zniszczenia saméj warstwy przybłonkowéj. Wypocina wydzielona nie przedstawia także żadnéj różnicy, jeżeli się tylko uwzględni własności zależne od miejsca, w którém tkwiła; tak np. wytworzenie się grubych błon wypocinowych może łatwiéj nastąpić w krtani, aniżeli w przełyku i podczas gdy błony wypocinowe w krtani i tchawicy muszą się oderwać w całości, nim mogą być wykrztuszone, wypocina w przełyku nie tworzy tak rozległych błon, i odpada w małych cząstkach, które zwykle chory połyka. Dla tego obserwując dokładnie widzieć można, jak wypocina zmniejsza się od obwodu a poczęści nawet i w plwocinach uwydatnia się kształt okrągławy odpowiadający obwodowi, podczas gdy części środkowe jeszcze się trzymają błony śluzowéj. Podobnież i ścisłe przyleganie wypociny do błony śluzowéj, które chciano uważać za charakterystyczne dla wypociny dyfterytycznéj, nie stanowi cechy odróżniającéj te dwie sprawy chorobowe, w obu razach łatwe odpadanie zależy jedynie od trwania sprawy zapalnéj i jak drobnowid wykazuje, od nagromadzenia się większéj ilości ciałek białych, które tkwią między błoną śluzową i błoną wypocinową.

Według A. miejscowe leczenie dyfteryi ma tę ujemną stronę, że przy największéj nawet ostrożności przychodzi bardzo często, prawie stale, do nadwerężenia błony śluzowéj i tak mniéj odpornéj i przez rankę tym sposobem wywołaną bakteryje dostają się do krwi a zresztą, jak się A. wielokrotnie przekonał, leczenie miejscowe nie daje wcale lepszych wyników i tak od r. 1880—1883 leczył A. 225 osób na dyfteryję zimnemi okładami i płukaniem z chloranu potasowego a względnie u dzieci podając tenże wewnętrznie: u wszystkich choroba zakończyła się pomyślnie z wyjątkiem jednego przypadku, w którym właśnie zastosowano leczenie miejscowe.

Jürgens: **O zmianach anatomicznych w chorobie Addisona.**

J. badał wielokrotnie w chorobie Addisona rożne rozgałęzienia nerwów brzusznych i badania te wykazały, że we wszystkich przypadkach téj choroby zwoje końcowe jelit były prawidłowe, lecz za to we wszystkich znalazł czarne zwyrodnienie w obu głównych pniach nerwów jelitowych (*nn. splanchnici*). Zwyrodnienie to może wystąpić jako sprawa pierwotna i w takich przypadkach uderza przedewszystkiém silny zanik nadnerczy, bez śladu jakichkolwiek spraw zapalnych, czy to w samych nadnerczach, czy w narządach sąsiednich. Lecz o wiele częściéj zwyrodnienie nerwów jelitowych jest skutkiem schorzenia nadnerczy lub śledziony. We wszystkich zaś przypadkach, w których obok zmian chorobowych w tych narządach nie było charakterystycznego zabarwienia skóry, nerwy jelitowe były zupełnie prawidłowe.

Höbner: **O działaniu miejscowém przetworów rtęciowych w kile.**

Według dość powszechnie przyjętego mniemania przetwory rtęciowe działają na narządy dotknięte kiłą drogą naczyń krwionośnych, to też działanie ich miejscowe uważa

się za rzecz podrzędnego znaczenia. Najwięcéj jeszcze dotąd uwzględniano działanie tych przetworów podskórnie wstrzykniętych. Z doświadczeń H. w tym kierunku czynionych okazuje się, że metoda ta jest bardzo praktyczną. Lecz nietylko sole rtęciowe rozpuszczalne, ale i nierozpuszczalne i rtęć metaliczna, miejscowo użyte, leczą rozległe stwardniałości prędzéj, aniżeli inne środki, nie wyłączając jodoformu. Na skuteczność miejscowego działania tych przetworów zwrócił uwagę H. przypadek, w którym istniały szerokie kłykciny na skórze sutka; dwa wstrzyknięcia podskórne w okolicę sutka wystarczyły, aby te kłykciny w kilku dniach zaschły i znacznie się zmniejszyły, podczas gdy kłykciny w okolicy otworu stolcowego i przełyku pozostały niezmienione. Późniéj ogłosił Zeissl swe odkrycia, że guzki wrzodziejące, stwardniałości i zapalenia gruczołów opierają się działaniu wstrzykiwań podskórnych, ale bardzo łatwo ustępują, jeżeli wstrzykiwania stosujemy w ich blizkości.

Równie widoczne jest miejscowe działanie przy metodzie naskórnéj. Jeżeli się każe choremu z wysypką guzkową wcierać tylko na odnogach, to zmiany na tułowiu trwają 8—10 dni dłużéj aniżeli na odnogach. Powiększone gruczoły chłonnicze czyto w blizkości miejsca pierwotnego zakażenia, czy w miejscach od tegoż odległych, wracają daleko prędzéj do stanu prawidłowego, jeżeli się wcierania miejscowo zastosuje. Jak się z powyższego okazuje, działanie przetworów rtęciowych naskórnie użytych tłumaczy się bezpośredniém ich wessaniem, a nie jak to Kirchgässer sądził, przez wdychiwanie ulatniających się drobnych cząstek rtęci. Dla leczenia kiły wynika z tego wskazówka, aby obok leczenia ogólnego metodycznie przeprowadzano, naturalnie o ile się to zrobić da, leczenie miejscowe. Jeżeli w każdéj po ogólném leczeniu pozostałéj stwardniałości, czy :to blizny czy gruczołów chłonniczych, upatrujemy zarodki późniejszego wybuchu choroby, to trzeba je przez bezpośrednie leczenie usuwać. Zauważyć jednak należy, ze starania o zmniejszenie gruczołów są bezskuteczne, jeżeli te gruczoły były powiększone skutkiem zolzów lub innych chorób. Nie pozostaje zatém jak takie gruczoły wyciąć.

Wiadomości pomniejsze.

(J. S.) **Mózg jest poruszalnym wśród jamy czaszkowéj**, jak się o tém przekonał M. F. L u y s. Wśród zmian położenia zwłok zmienia mózg również położenie stósownie do prawidła ciężkości. W chwili, gdy człowiek stoi, oddala się powierzchnia mózgu od wypukłości sklepienia czaszkowego, w położeniu poziomém opada mózg ku tyłowi a pomiędzy nim i kością czołową tworzy się wolna przestrzeń; w położeniu bocznêm układa się górna połowa mózgowia na sierpie opony twardéj itd. Doświadczenia S a l a t t é g o czynione na ciemieniu noworodka stwierdziły, że takie zmiany położenia następują także u człowieka żyjącego, stwierdziły to również spostrzeżenia na ludziach, którzy ponieśli zranienia czaszki połączone z otwarciem jamy czaszkowéj. Poruszalność ta wytłumaczy liczne objawy fizyjologiczne i kliniczne. Ruchy, których doznaje mózg wśród czuwania, stają się przyczyną uczucia znużenia i na odwrót przejście z położenia poziomego w pionowe przyczynia się do przebudzenia się. Choroba morska powstaje w skutek częstych i nagłych ruchów mózgu. Paralitykom i chorym na umyśle nie należy dozwalać podróżować, aby uniknęli nader częstego potrącania i huśtania mózgu wśród jazdy koleją żelazną lub wozem. (*W. med. Bl.* 99, 1884).

(γ) **Picie piwa i choroby serca.** Najżywotniejszemi dla czynności serca są bez zaprzeczenia jego nerwy i mięśnie, i jakkolwiek zbyteczném byłoby dowodzenie téj niezbitéj prawdy, to przecież potwierdza ją codzienne doświadczenie. Gdy serce jest przedmiotem rozpraw lekarskich, jakże wiele słyszy się o jego szmerach, a jak mało o stanie miąższu sercowego! Obecném naszém zadaniem jest zwrócenie uwagi na szereg przypadków, który dotąd nie był przedmiotem tak dokładnych badań, na jakie zasługuje. Samoistny przerost i rozszerzenie serca nie są wyrażeniami coś wyraźnie określającemi, a mówiąc otwarcie wyrażenie „samoistny" jest uważane przez specyjalistów za pleonastyczne wyrażenie dla nieświadomości. Samoistny przerost serca ma się w porównaniu z innemi miastami stosunkowo często w Monachijum zdarzać. S p a t z znalazł, iż na 638 mężczyzn 35 było dotkniętych tak zwaném zapaleniem miąższu sercowego, a na 433 kobiet było 23. Z 290 mężczyzn w wieku od 30 do 60 lat było 41 dotkniętych zapaleniem miąższu sercowego a zatém 14%, gdy z 144 kobiet w tym samym okresie życia tylko 10 było chorych, a więc 7%. Wykazy Hermanna okazują 49 przypadków zajęcia mięśnia sercowego u mężczyzn na 305 sekcyj, a tylko 3 u kobiet. B u h l uważa te przypadki przerostu serca za wynik długotrwałego zapalenia miąższu sercowego, które zazwyczaj kończy się niepomyślnie skutkiem tłuszczowego zwyrodnienia miąższu. B o l l i n g e r, który powtórnie badał ten przedmiot, nie mógł znaleźć żadnego dowodu, ani zmian zapalnych, ani téż tłuszczowego zwyrodnienia. Za jego wskazówką Schmiedebauer usiłował wykazać na podstawie statystycznéj, iż przerost serca jest częstszym w Monachijum, a to w celu wyjaśnienia przyczyn. Z pośród 1.000 sekcyj było 46 przypadków (32 u mężczyzn, 14 u kobiet), w których za przyczynę śmierci uważano przerost serca. W 33 innych przypadkach (20 u mężczyzn, 13 u kobiet) nie stanowił przerost serca istotnéj przyczyny śmierci, ale znajdował się obok innéj przyczyny, która śmierć zrządziła. Wszystkie przypadki rozszerzenia serca w skutek chorób zastawek albo téż zaburzeń w krążeniu plucném, jakotéż połączone ze stwardnieniem tętnic, równie jak przypadki ziarnistéj nerki miały być w tych przypadkach wykluczone. Niektóre z tych przypadków przypisywano długotrwałym wysiłkom mięśniowym, większość jednakże uważano za skutek nawykowego nadużycia piwa, pociągającego za sobą istotną krwistość lub téż większe przeładowanie krwi istotami odżywczemi. Wniosek ztąd wynika, że codzienne używanie piwa w większych ilościach wpływa na rozszerzenie serca, w skutek bezpośredniego działania wyskoku na jego tkanki, w skutek pomnożenia ilości płynów w ciele i w skutek tego, że składniki pożywcze piwa bywają łatwo przyswajane. Zgodnie z tém stwierdzono, że średni ciężar serca u mężczyzn jest w Monachijum większy niż gdzieindziéj i że obie strony serca biorą udział w tym przeroście. Naturalném byłoby pytanie, jak to się dziać może, iż cierpiący na prosty przerost serca narażeni bywają na śmierć z cierpienia, które pozornie nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa. Wyrażenie prosty lub samoistny przerost wprowadza w tym względzie w błąd. Wyczerpanie narządu nerwowego bez wybitnéj choroby tkanki mięśniowéj jest w takim razie ulubioném wyjaśnieniem tego niepomyślnego wyniku, wyjaśnieniem nie zawsze zupełnie wolném od silnych zarzutów. Jako ciekawy fakt można przytoczyć, że w ciągu 1882 r. średnia ilość zużytego piwa przez każdą osobę w Niemczech wynosiła w różnych obwodach od 54 do 186 litrów, w Bawaryi dochodziła 233 litrów a w Monachijum 432 litrów. (*The Lancet*, 1884, II, Nr. 5).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XVI. Posiedzenie zwyczajne z dnia 17 Grudnia 1884 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 42.

1. Prezesem Tow. wybrany został kol. prof. Rosner. Wiceprezesem kol. Wiszniewski. Sekretarzem dorocznym kol. Dobruchowski. Redaktorem Przeglądu Lekarskiego redaktor dotychczasowy kol. prof. Blumenstok. Członkami Komisyi redakcyjnéj koll. Korczyński, Kwaśnicki, Obaliński i Oettinger. Delegatem Tow. w komisyi sanitarnej miejskiej kol. Paszkowski. Delegatami Tow. lek. krak. do Rady Zawiadowczej Tow. lek. galicyjskiej koll. Rieger i Krówczyński. Biblijotekarzem Tow. kol. Murdzieński.

2. Kol. Kohn mówi o *„Vagina septa infra simplex — Operatio“* z własnej praktyki (Rzecz została umieszczona w Przeglądzie Lek.).

W dyskusyi nad tym przedmiotem oświadcza kol. Jan Rosner, że nie sądzi, jakoby w przypadku opisanym niedostateczna inwolucyja przegrody między przewodami Müllera dała powód do przedziału pochwy; albowiem w razach podobnéj wady utworowéj przegroda przebiegać jedynie może od przodkowéj ku tylnéj ścianie pochwy a nigdy poprzecznie. W ostatnim razie musielibyśmy również przypuścić, że istnieją lub istnieć mogą zboczenia utworowe tego rodzaju, gdzie jama macicy przegrodzoną jest poprzecznie a nadto, że trąbki przebiegać mogą w wymiarze prostym miednicy, t. j. jedne ku przodowi, drugie ku tyłowi. Takich przypadków nie znamy. Natomiast przypuszcza kol. Rosner, że w przypadku danym, poprzeczny przedział pochwy należy tłumaczyć inaczéj a mianowicie téż, że nie mamy tutaj do czynienia z *„Vagina septa“* lecz z *„Atresia vaginae membranacea congenita“* i że przegroda w tym razie przebiegała skośnie od tylnego sklepienia ku przodkowej ścianie pochwy. Otwór prowadzący do właściwéj pochwy w pobliżu przodkowéj ściany tejże szczelinowaty mógł istnieć od zawiązków błoniastéj przegrody lub téż powstać dopiero później a mianowicie téż w latach pokwitania. W ostatnim razie krew miesiączkowa gromadząc się w coraz większéj ilości w pochwie właściwéj wywołała w końcu pęknięcie szczelinowate przegrody, którymto otworem nadal krew odchodziła na zewnątrz. Ponieważ zaś otwór do zaułka tylnego pochwy prowadzący był obszerniejszy, naturalném ztąd następstwem, że spółkowanie odbywało się właśnie tamże; a ponieważ zaułek ten ku górze się zwężał, spółkowanie ztąd bolesne, ztąd owrzodzenie i następstwa tegoż.

Prof. Madurowicz podziela zdanie kol. Rosnera, że nie mamy w przypadku danym z *„vagina septa congenita“* do czynienia. Czy zaś była to *Atresia vaginae membranacea congenita*, jak to kol. Rosner utrzymuje, to mniej prawdopodobne z powodu, że błony tego rodzaju zwykle przed a nie za częścią pochwową przebiegają, czy téż raczéj z powodu obecności produktów zapalenia był to zaułek sztucznie powstały z przerwania poprzecznego tylnéj ściany pochwy przy poprzedniem silném działaniu zwieraczy podczas gwałtownego spółkowania, na pewne powiedzieć nie można, albowiem ocenienie tego przypadku bez badania osobistego przed operacyją i bez badania drobnowidowego wyciętej przegrody, czego nie uskuteczniono, nie może doprowadzić do pewnego rozpoznania.

Kol. Kohn w końcowém swém przemówieniu obstaje przy wyłożonych przez siebie zapatrywaniach. Dr. *Dobruchowski.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 28 grudnia do 3 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 44,6. Z odry umarło 1 (1 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 3 (2 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 4 (1 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach ospy (2 z. t.); 3 płonicy (6 z, t.): 3 krztuśca (4 z. t.); 1 z duru brzusznego, 1 róży. W tygodniu od 21—27 grudnia umarło z ospy w Londynie 32, leczyło się w szpitalach 1171, świeżo zapadło 175. W Odesie i Murcyi umarło po 2, w Paryżu i Liwerpolu po 3, w Madrycie 4, w Lizbonie 5, w Petersburgu i Warszawie po 6, w Wenecyi 12. Z duru osutkowego umarło w Londynie, Lizbonie po 1, w Petersburgu 4. Z cholery umarło od 21—27 grudnia w Paryżu 1, w Bombayu od 19—25 listopada 9, w Madrasie od 8 do 14 listopada 5.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 21—27 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,8; w Warszawie 29,3; w Pradze 28,2; w Berlinie 21,8; we Wrocławiu 22,8; w Hamburgu 25,3; w Gdańsku 28,5; w Mnichowie 26,0; w Dreźnie 24,0; w Lipsku 20,5; w Brukseli 27,3; w Amsterdamie 29,2; w Hadze 22,6; w Paryżu 23,5; w Londynie 18,6; w Kopenhadze 17,0; w Stokholmie 25,4; w Chrystyjanii 15,5; w Petersburgu 27,7; w Odesie 26,0; w Wenecyi 37,5; w Bukareszcie 23,9; w Madrycie 38,2; w Lizbonie 26,5; w Aleksandryi 34,3; w Nowym Yorku 27,1; w Filadelfii 23,9; w Bombayu 27,6; w Madrasie 46,1; *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 stycznia. Studenci Uniw. Jagiell. powzięli chwalebną myśl założenia stowarzyszenia „Zdrowie“, którego głównem zadaniem będzie utrzymywanie kuchni taniéj dla uczniów nietylko Wszechnicy, ale i Akademii techniczno-przemysłowéj i szkół średnich. Wobec wzmagającéj się z każdym rokiem liczby uczniów a drożyzny, która z nią idzie w parze, potrzeba instytucyi podobnéj bardzo czuć się daje. Ze wszystkich więc stowarzyszeń, we Wszechnicy istniejących, stowarzyszenie, o którém mowa, bezsprzecznie jest najpotrzebniejszém i dla tego żywo pragniemy, aby prosperowało i okazało się najżywotniejszém. Nie wątpimy téż, że wszyscy, którym na powodzeniu młodszéj generacyi zależy, radą i czynem nie omieszkają przyjść w pomoc zacnym usiłowaniom młodzieży.

* **Warszawa**. W Towarzystwie lekarskiém wybrani zostali na rok bieżący: prezesem Dr. Gepner, wiceprezesem Dr. Rogowicz, sekretarzem dorocznym Dr. Nussbaum.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Monachijum.** Prof. Ziemssen otrzymał tytuł i rangę tajnego radzcy, prof. Voit charakter starszego radzcy lekarskiego.

* **Odznaczenia**. Pasteur i Koch wybrani zostali członkami korespondentami Akademii Umiejętn. w Petersburgu, a Virchow i chemik Hoffmann w Berlinie członkami Akademii w Brukseli.

* **Nekrologija**. W Monachijum umarł znakomity fizyk prof. Jolly, ojciec prof. psychijatryi w Strasburgu; w Arco Dr. Roth, docent uniw. praźskiego. — W Warszawie umarł Dr. Henryk Stern w 31 roku życia. Znaczny majątek zapisał na cele dobroczynne, między innemi na kasę imienia Mianowskiego i na stypendyja.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 2: Modrzejewskiego: O zapaleniu ucha wewnętrznego; Zagórskiego: Niezwykły przebieg ropnego zapalenia miedniczki nerkowéj (dok.); — W *Medycynie* Nr. 2: Schaittera: O kwestyi przeżycia (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 21 bm. o godzinie szóstéj w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Kopff przedstawi wyleczonego z *Gangraena spontanea penis et scroti*, poczém kol. Schaitter zda sprawę z prób Salkowskiego i Zaleskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nr. 19.

KONKURS.

W celu nadania stypendyjum jednorazowego na podróż w kwocie 900 zł. z fundacyi JWgo Radcy Stanu Walentego Szklarskiego rozpisuje się niniejszem konkurs.

O stypendyjum to ubiegać się mogą niezamożni uczniowie medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim, którzy studyja swe ukończyli, najdalćj w przeciągu pięciu lat od ukończenia swych studyjów. Każdy z ubiegających powinien się zobowiązać pisemnie, że w razie udzielania mu stypendyjum w prreciągu najbliższego roku złoży egzamina doktorskie, jeżeli ich jeszcze nie złożył a następnie celem dalszego kształcenia się wyjedzie na jeden rok za granicę. W każdym razie wykształcenie za granicą ma mieć za cel przyszłą wprawę naukową w pewnéj gałęzi lekarskiej bądź teoretycznéj bądź praktycznéj, ma więc być przysposobieniem do zawodu naukowego, a nie do samego lekarskiego wykonawstwa. Wymaga się więc dowodów uzdolnienia i zamiłowania naukowego okazywanego jużto w pracowniach jużto w klinikach szczególném przykładaniem się do pewnego rodzaju poszukiwań, dokonywanemi ćwiczeniami i pracami, gorliwém zajmowaniem się jakąś szczególną gałęzią lekarską i t. p.

Jako rękojmi pożytecznie za granicą użytego czasu i funduszu wymagać się będzie od pobierającego stypendyjum dokładnych i wiernych sprawozdań półrocznych piśmiennych z całego toku zajęć naukowych i z osiągniętych niemi wypadków tak pod względem wykształcenia osobistego, jak i zebranych spostrzeżeń, doświadczeń i dokonanych prac.

Podania należy wnieść najdalćj do dnia **8 lutego** b. r. na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego w Krakowie.

Kraków dnia 10 Stycznia 1885.

Stopczański.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	4 „	6 „

Kraków, 24 stycznia 1885. № 4. Rok XXIV.

Z kliniki chorób ocznych w Dorpacie.

I. Przyczynek do zastósowania kokainy w okulistyce [1]).

Skreślił Dr. med. Bronisław Ziemiński,
Asystent przy tejże Klinice.

Historyję praktycznego zastosowania kokainy pomijam zupełnie, przystępując wprost do opisu przebiegu mych badań.

Badania rozpoczęte zostały od zastosowania kokainy przy zupełnie normalnym stanie spojówki oraz rogówki. Do worka spojówkowego wkraplałem 2—10% wodne roztwory chlorku kokainy *(cocainum muriaticum)*. Czas między zapuszczeniem każdéj kropli wynosił 1 min. Badania przedsięwziąłem na 40 oczach ludzkich. Ze względu na inteligentne osoby, na których przedsięwzięte zostały niniejsze doświadczenia (większość Stud. Uniw.), byłem w stanie z tém większą dokładnością oznaczyć czas, w którym następuje znieczulające działanie kokainy na spojówkę i rogówkę. Czułość oka badałem za pomocą dotyku cienkim, odpowiednio przystrzyżonym pędzelkiem oraz zgłębnikami, przez chwytanie spojówki kleszczykami, opatrzonemi na końcach ramion rogowemi blaszkami, oraz przez szczypanie cienkiemi kleszczykami, używanemi do chwytania tęczówki *(Irispincette)*. W wielu razach kłółem spojówkę powiek cienką igłą zaćmową. Używalem również chemicznych bodźców, tak np. wkraplania roztworu kwasów borowego i salicylowego (*Acid. boric. 3, 0, Acid. salicyl. 1, 0, Aq. dest. 120, 0)*, który, jak wiadomo, wywołuje silny ból w worku spojówkowym.

Rezultaty badań w tym kierunku są następujące. Zmniejszenie czułości spojówki oraz rogówki, które pozwalam sobie nazwać okresem nadczułości spojówki i rogówki, następowało już po zapuszczeniu jednéj kropli 2% roztworu i to po upływie najwięcej 8′. — Zniesienie uczucia bólu następowało stale w 6—19′ po zapuszczeniu 5—8 kropli najmniéj 4% roztworu. — Zniesienie uczucia bólu oraz dotyku (*stadium anaesthesiae*) następowało po zapuszczeniu 3—6 kropli najmniéj 8% roztworu po upływie średnio 9′ i trwało średnio 9′. Zapuszczenie 3—6 kropli 10% roztworu pociągało zawsze za sobą okres znieczulenia po średnio 5½′, czas trwania tegoż wynosił średnio 12′. Nadmienić muszę, że wkraplanie 8—10% roztworu w 3—5′ odstępach pozwala dowolnie przedłużać okres znieczulenia spojówki i rogówki — 8—10% roztwory nie wywoływały w żadnym razie podrażnienia oka, jak również nie okazywały żadnego szkodliwego działania na cały organizm osób badanych.

Przy zastósowaniu kokainy w okulistyce pożytecznêm jest, a wielu razach niezbędném (np. śród operacyj szczególniéj na nerwowych) nie tylko zniesienie bolesności, ale nawet uczucia dotyku; nadto, jak z niniejszych badań wynika, dopiero 8% roztwory wywołują zawsze i niezawodnie *Stadium anaesthesiae conj. et corn.* Z tych przeto względów w praktyce można zalecić jedynie użycie najmniéj 8% roztworu. Zalecany dotąd przez większość badaczów 2% roztwór nie wywołuje we wszystkich razach nawet *stadium analgesiae.* —

Znieczulające działanie kokainy przejawia się najwcześniéj na rogówce, dalej na spojówce gałkowéj — tutaj najpóźniéj w okolicy wewnętrznego kąta oka; najpóźniéj występuje działanie kokainy na spojówce powiek. Znieczulenie znika w odwrotnym porządku, a więc najwcześniéj na spojówce powiek, późniéj dopiero na spojówce gałki, a wreszcie na rogówce.

Zmniejszenia czułości zewnętrznych części powiek przy badaniach tych zauważyć nie mogłem.

Wkraplanie kokainy wywołuje krótko trwające mniej lub więcéj silne uczucie palenia, poczém często następuje uczucie suchości w oku. Podczas działania kokainy łącznica jest bardzo blada (środek ten, jak wiadomo, działa zwęża-

[1]) Część odnośnych badań umieszczona już została w pracy méj pod tytułem: *Experimentelle und klinische Beiträge zur Frage über die Anwendung des Cocains in der Ophthalmologie. Dorpat. Decembr. 1884.*

jąco na obwodowe naczynia tętnicze). W 40 badanych przypadkach zauważyłem tylko 4 razy krótkotrwałe rozszerzenie szpary powiekowéj. Wysadzenia gałki ocznéj, choćby nawet lekkiego, zauważyć nie mogłem. Napięcie gałki było zawsze zmiejszone. Rozszerzenie źrenicy miało miejsce we wszystkich przypadkach. Czas pojawienia się i znikania tego zjawiska zależnym jest od użytéj dawki. Po zapuszczeniu 5—8 kropli 2% roztworu źrenica zaczynała się rozszerzać po upływie 9′, szczyt działania wystąpił po godzinie, a zjawisko znikało po 17 godz. Po zapuszczeniu zaś 10% roztworu rozszerzenie źrenicy zauważyć mogłem już po 2′, kulminacyjne działanie po 30′, a dopiero średnio po 25 godz. zjawisko znikało zupełnie. Nawet przy największym stopniu rozszerzenia źrenica oddziaływa na silne światło oraz na zewnętrzne bodźce akomodacyi. Największe rozszerzenie źrenicy, jakie się za pomocą atropinu osiągnąć daje, nie nastąpiło nawet po użyciu 10% roztworu.

Doświadczenia Nikolskiego stwierdziły, że przecięcie nerwu współczulnego pozostaje bez wpływu na źrenicę rozszerzoną w skutek działania kokainy. Na zasadzie tego faktu wydaje mi się prawdopodobném, że kokaina poraża przejściowo kończyny nerwu okoruchowego w tęczówce; przypuszczenie to o tyle jeszcze wydaje się więcej prawdopodobném, że kokaina wywołuje zarazem i niedowład mięśni akomodacyi, nie wywołuje jednak nigdy zupełnego jéj porażenia. U 15 osób *(status refractionis E* lub *M* albo *H* $< 1{,}0D$) w wieku od 20—25 lat znalazłem, że po zapuszczeniu 6 kropli 10% roztworu ograniczenie akomodacyi równało się 4,0—5,0 D. Osoby te były mimo to w stanie z łatwością odczytywać druk Jaegera VI w odległości, w któréj się zwykle pracuje. Niedowład akomodacyi, wywołany przez zapuszczenie 6 kropli 10% roztworu przemija bez śladu po upływie 2 godzin. Nadmienić muszę, że, zapuszczając jedną kroplę $\frac{1}{10}$% roztworu salicylanu ezerynowego, byłem w stanie w 30—50′ usunąć w zupełności niedowład akomodacyi oraz rozszerzenie źrenicy, powstałe w skutek zapuszczenia 6 kropli 10% roztworu kokainy. Po użyciu bardziéj stężonych roztworów ezerynu działanie jego wykazuje przewagę nad działaniem kokainy na akomodacyję oraz na szerokość źrenicy. Nadto istnieją nietylko indywidualne różnice co do wrażliwości na kokainę, ale — co dziwniejsza — u jednego i tegoż samego człowieka jedno oko więcéj jest wrażliwém na ten środek aniżeli drugie.

Podane powyżéj rezultaty co do dawkowania i działania kokainy są w głównym zarysie też same i przy zastosowaniu jéj w stanach chorobowych oka. Oto wyniki mych badań w tym kierunku, dokonanych na dosyć obfitym materyjale naszéj kliniki. W przekrwieniach, kataralnych zapaleniach oraz przy silnéj injekcyi spojówki z powodu stanów zapalnych rogówki wpuszczenie 6 kropli 8—10% roztworu wywołuje w 6′, a więc w tym samym przeciągu czasu co i w stanie normalnym, *stadium anaesthesiae*. Inaczéj ma się rzecz, gdy zmiany oka sa głębsze; w *Conj. blenorrh. chron.* oraz w późniejszych okresach *Conj. trachom.*, gdy spojówka jest pokryta bliznami, — *stadium anaesthesiae* następuje dopiero bardzo późno — nawet po wpuszczeniu 10 kropli 10% roztworu dopiero po 12′. W zastarzałym przypadku *Conj. trachom.* anestezyja osiągnąć się dała dopiero po 25′. We wszystkich przypadkach *stadium anaesthesiae* trwało również długo jak *ceteris paribus* na normalnéj spojówce i rogówce.

Znieczulenie zewnętrznych powłok powiek przez wkraplanie kokainy do worka spojówkowego osiągnąć się nie dało. Pragnąłem się więc przekonać, czy się tego wywołać nie da przez podskórne zastrzykiwania na samych powiekach. Rezultat i w tym razie był ujemny: małe dawki pozostawały bez wszelkiego wpływu, silne zaś *(dosis toxica)* zmniejszały w bardzo słabym stopniu czułość skóry, pokrywającéj powieki i to tylko w najbliższém sąsiedztwie miejsca wstrzyknięcia. Ani w jednym z powyższych przypadków nie widzieliśmy utworzenia się ropni na miejscu wstrzyknięcia.

Celem wyjaśnienienia, czy kokaina jest wstanie znieczulić tkankę podspojówkową oraz mięśnie, poruszające gałkę, w jednéj części doświadczeń zapuszczałem do worka spojówkowego, w innéj zaś wstrzykiwałem pod spojówkę gałkową silne dawki 10% roztworu, a niekiedy wprost zwierzę zabijające. Rezultat okazał się jednakowy: przecięcie spojówki nie wywołuje prawie żadnych odruchów, przecięcie zaś ścięgień okazuje się bardzo bolesném, — odruchy tak silne, że zaledwo byłem w stanie dokończyć operacyi. Podspojówkowe wstrzykiwania w celu usunięcia bolesności przy enukleacyjach i tenotomijach nie mają żadnego praktycznego znaczenia i ustępują w każdym razie wkraplaniom kokainy do worka łącznicy; te ostatnie nie znieczulają również mięśni, ułatwiają jednak wykonanie wyżéj wspomnianych operacyj, a nie są nadto ani mozolne, ani niebezpieczne, jakiemi mogą być zastrzykiwania podspojówkowe.

Ostatecznie chciałem przekonać się, czy kokaina nie wpływa ujemnie na proces gojenia się ran. W tym celu zrobiłem w okolicy lędźwiogrzbietowéj królika 3 dosyć duże, głębokie, a o ile możności jednakowe rany. Jednę z nich zaszyłem i zabandażowałem antyseptycznie, używając $2\frac{1}{2}$% roztworu kwasu karbol. Drugą w podobny sposób opatrzyłem, z tą tylko różnicą, że przed zaszyciem wpuściłem do rany 10 kropli 10% roztworu kokainy. Trzecią nareszcie opatrzyłem bez użycia kwasu karbol., a natomiast zastrzyknąłem do rany 10 kropel 10% roztworu kokainy. Po 48 godz. zdjąłem opatrunki, usunąłem szwy; wszystkie rany zagoiły się *per primam.*

Wkrótce potém w 2 przypadkach operacyj na powiekach *(Transplantatio* według *Jaeschego-Arlta)* zapuściłem do rany kilka kropli 8% roztworu kokainy. Gojenie się ran nie pozostawiało nic do życzenia. Wnoszę stąd, że kokaina nie działa ujemnie na proces gojenia się ran.

Najpraktyczniejszym sposobem zastosowania kokainy w okulistyce jest wkraplanie tejże do worka łącznicy. Zalecone przez Königsteina wprowadzanie tamże kokainy *in substantia* nie jest wcale praktyczne, ponieważ na razie nie podobna zadać tak małych ilości, jakich potrzeba do sprowadzenia nawet szybkiéj i dłużéj trwającéj anestezyi (6 gtt. 10% sol. *Cocain. muriat.* = *ca.* $3\frac{1}{2}$ ctgrm. kokainy). Niepotrzebnie by się więc używało w takim razie podobnie drogiego środka, jakim jest dotąd kokaina. Odpowiedniejszém by chyba było zastosowanie kokainy w formie *Gelatine-Disks* na podobieństwo *Atropin-Gelatine-Disks*; tym sposobem za każdym razem jest przynajmniéj wiadomą wysokość dawki.

We wszystkich tych badaniach posługiwałem się preparatem *Cocainum muriaticum* z fabryki chemicznéj Gehego w Dreźnie. Na zasadzie doświadczeń na królikach przekonałem się o wielkiéj skuteczności mego preparatu, — oto dowód. U królika, ważącego 1470 grm., po podskórnem wstrzyknięciu 0·04 grm. *Cocain. muriat.* nastąpiły już po 10′

charakterystyczne objawy zatrucia. A wiadomo, że według badań v. Anrepa śmiertelna dawka przy podskórnem wstrzyknięciu wynosi 0·1 grm. na 1 kgrm. królika.

O klinicznem zastosowaniu kokainy mogę powiedzieć, co następuje.

Śród otwierania ropni rogówkowych, stosowania metody Saemischa w razie wrzodu pełzającego (*ulcus serpens*) na niéj, przekłóć jéj (*paracentesis*), szczególniéj zaś wyjmowania ciał obcych z rogówki, oddaje kokaina wielkie usługi i najbardziéj wrażliwi pacyjenci zachowują się po zastósowaniu odpowiedniéj dozy zupełnie spokojnie i twierdzę, że operacyje te, znane z resztą ze swéj bolesności, niesprawiają najmniéjszego bólu. — Kokaina sprawia, że pacyjenci zupełnie nie uczuwają tak wprowadzenia łyżeczki Daviela w celu usunięcia ciał obcych z worka spojówkowego, jak i zakładania zamykanego rozwieracza powiek oraz wkraplania roztworu kwasów borowego i salicylowego.

W licznych przypadkach częściowego wycięcia tęczówki oraz wydobycia zaćmionéj soczewki według metody Graefego zastósowanie kokainy dało następujące wyniki: jedynie tylko dotknięcie oraz przecięcie tęczówki wywołało lekkie uczucie bólu, zresztą cała operacyja była zupełnie niebolesna. W stadium *anaesthesiae conj. et corn.* rozszerzenie źrenicy oraz zmniejszenie napięcia gałki jest tak nieznaczne, że bezwarunkowo szkodliwie nie wpływa na przebieg operacyi.

Ani słabsze, ani też silniejsze dawki kokainy nie są w stanie znieść uczucia bólu przy operacyi zezowatości — przecięcie tkanki podspojówkowéj, zakładanie haczyków oraz przecięcie przyczepu ścięgien bywa zawsze mniéj lub więcéj bolesne [1]).

We wszystkich tych operacyjach zapuszczałem do worka spojówki 6 kropel 8—10% roztworu. W 2 jednak przypadkach wrzodu pełzającego, gdzie użyto 2% roztworu (8 *gtt. p. dos*). zachowywali się wprawdzie pacyjenci śród przekłócia rogówki spokojniéj, niż zazwyczaj, uskarżali się jednak mimo to na silny ból. — G o j e n i e s i ę r a n w e w s z y s t k i c h p r z y p a d k a c h n i e p o z o s t a w i a ł o n i c d o ż y c z e n i a.

Co się tyczy innych chorobowych zmian oka, gdzie żadnéj operacyi nie stósowano, to przedewszystkiém używałem kokainy w różnych formach światlowstrętu (przy *keratitis phlyctenulosa, parenchymatosa, pannus* z powierzchownemi wrzodzikami);we wszystkich przypadkach skutek był bardzo nieznaczny, jakkolwiek w jednych zapuszczalem kilkrotnie w ciągu dnia po 10 kropli 10% roztw., w innych zaś używałem również kilkakrotnie w ciągu dnia maści kokainowéj (*Cocain. muriat.* 1·0, *Vaselin. alb.* 10·0). Światłowstręt zmniejszał się bardzo nieznacznie, polepszenie jednak było bardzo krótkotrwałe. Na zasadzie własnych spostrzeżeń nie mogę potwierdzić zdania innych badaczów, jakoby kokaina zmniejszała bóle wywołane przez *Cyclitis*. Nieudało mi się również znieść przez zastósowanie kokainy bolesności, wywołanéj przez przyżeganie kamieniem piekielnym oraz laseczkami siarkanu miedzi. Zastósowanie kokainy w zapaleniach oraz przyczepinach tęczówki nie dało pomyślnego rezultatu. Pod tym względem nie jest ona w stanie zastąpić atropinu. Użycie kokainy w celach kosmetycznych przy opadnieniach powiek (Koenigstein) nie może zdaniem mojém znaleść szerszego zastósowania: rozszerzenie szpary powiekowéj, i to prędko przemijające, mogłem zauważyć tylko w 4 przypadkach na 40. Bardzo ważném jest stósowanie kokainy w oftalmoskopii. Rozszerzenie źrenicy, potrzebne do dokładnego zbadania oka za pomocą wziernika, następuje po zapuszczeniu 6 kropli 10% roztw. dopiero w 10—20, ale za to działanie tego środka znika zupełnie już po 14 godz., niedowład zaś akodomacyi trwa tylko 1—2 godz. Pacyjenci są w stanie natychmiast po zbadaniu spełniać zwykłe swe obowiązki. Zresztą można w bardzo krótkim przeciągu czasu znieść działanie kokainy w tym kierunku, stosując ezeryn, jak o tém powyżéj. O ile zatém w celach terapeutycznych kokaina jako *mydriaticum* ustępuje przed innemi środkami, o tyle jest najodpowiedniejsze *mydriaticum* dla ułatwienia, a często dla umożebnienia rozpoznania za pomocą wziernika ocznego.

Z publikacyją dalszych badań nad kokainą oraz nad innemi środkami znieczulającemi oko ludzkie wstrzymuję się aż do czasu zupełnego ich ukończenia.

[1]) Przy ostatniéj w tutejszéj klinice wykonanéj internotomii po zastósowaniu kokainy pewien bardzo nerwowy pacyjent zachowywał się jak najspokojniéj; reakcyi prawie żadnéj zauważyć nie byłem w stanie; pacyjent twierdził, że operacyja cała nie sprawiła mu najmniejszego bólu. Zajmującém jest również zeznanie pewnego pacyjenta, któremu przed pół rokiem wydobyto na prawém oku zaćmioną soczewkę bez użycia kokainy, na lewém zaś przed niedawnym czasem przy jéj zastósowaniu. Pacyjent utrzymywał, że ostatnia operacyja przeszła prawie bez bólu, gdy pierwsza nader była bolesną.

II. O kokainie i jego wartości leczniczéj, mianowicie w dziedzinie okulistyki [1]).

Napisał **Dr. B. Wicherkiewicz.**

Nie rzadkiém to jest zjawiskiem, że cenne środki lecznicze, znane lub używane tylko przez lud prosty, długo nie zdołają szerszego zjednać sobie rozgłosu. Inne nawet przez świat lekarski w odległych zastósowywane czasach ulegają w krótce zapomnieniu, lub też przekazane zostają do arsenału środków zbytecznych i przestarzałych, gdy nagle szperacz jakiś wydobywa lek taki z pod pleśni, przypatruje mu się bliżéj, bada dokładniéj i albo nowe odkrywa w nim własności, albo też dawniéj znanym, lepiéj je oceniając, szersze nadaje znaczenie.

Takiemuto losowi uległ także środek, o którym mówić zamierzam, a czynię to nie bez obawy, że przedstawiam rzecz acz świeżo poruszoną, ale w krótkim stosunkowo czasie tak już często omawianą, że zdawałoby się, iż nic już nowego dodać nie można.

Zaledwo Koller oftalmologom zebranym, jak zwykle, w Heidelbergu we wrześniu z. r. za pośrednictwem Brettauera wyników badań swych udzielił, aliści posypały się jak z rogu obfitości rozliczne artykuły omawiające ten sam przedmiot. Do dziś dnia literatura lekarska o tym przedmiocie urosła do znacznych rozmiarów. W obec tej, że tak powiem, gonitwy literackiéj wahałem się, mimo, że należałem do jednych z pierwszych, którzy środka tego doświadczali, wziąć udział w tych wyścigach, a raczéj mniemałem godziwą być rzeczą, odczekać co z tego wyniknie. Dziś gdy zdania wielostronnie wymieniono, a pod niejednym względem spostrzegać się dają, lubo nieznaczne, na sprawę tę sprzeczne zapatrywania, może nie będzie rzeczą zbyteczną podać

[1]) Rzecz przedstawiona dn. 9go stycznia 1885 na posiedzeniu członków Sekcyi lek. Tow. P. N. w Poznaniu.

wyniki, i moich doświadczeń aby zwrócić uwagę na niektóre nieporuszone lub inaczéj przedstawiające się okoliczności.

Za nim atoli do tego przystąpię, wypadnie mi, co i dla niektórych z Panów pożądaną, przypuszczam, jest rzeczą, ogólny dać pogląd na przedmiot i podnieść główne myśli autorów o nim piszących.

Liście Koka, podobne do chińskiéj herbaty, pochodzą z dziko rosnącego w Persyi i Boliwii a w innych południowych krajach Ameryki uprawianego krzaku (*Erythroxylon coca*). Liści, które do Europy przybywają częścią w całości a częścią zwite lub połamane, używają krajowcy, jako środka podniecającego tak, jak u nas herbaty i kawy. Zaprawiając także liście te wapnem lub popiołem otrzymanym *z Chenopodium Quinoa (*hiszp. czyli meksykańska herbata) wyrabiają napoje lub też środki do żucia służące. Używano już dawniéj w medycynie liści tych przeciwko najrozmaitszym chorobom, a mianowicie: jako leku orzeźwiającego w licznych chorobach, daléj przeciwko niestrawności, nerwowym bólom żołądka, jelit i t. d. Już Niemann [1]) i Wöhler odkryli w koka pierwiastek czynny tak zwany kokain. Lossen podaje następującą formę chemiczną tego bezbarwnego w trójgranach krystalizującego, we wodzie z trudnością, w wyskoku i eterze łatwo rozpuszczalnego, alkaloidu: $C_{12}H_{24}NOH$. Kwasy neutralizują się kokainem, lecz sole pozostają bezkształtne z wyjątkiem chloranu kokainowego, który krystalizuje w promieniach. Przed 25 laty Schroff zwracał uwagę na leczniczą wartość kokainu, mianowicie jako środka uspakajającego, sennego i znieczulającego. Znane już dawniéj spostrzeżenie, że kokain dostawszy się na język, sprawia miejscowe znieczulenie, skłoniło Kollera do zastósowania środka tego do oka, a doświadczenia najprzód na zwierzętach a późniéj na ludziach zrobione przekonały go:

1. Że kilka kropel 2% rozczynu chlorku kokainowego (*Cocain. muriat.*) znieczula po kilku minutach rogówkę i spojówkę. Znieczulenie to trwa 7—10 minut i przechodzi w okres obniżonego czucia.

2. Obok znieczulenia powstaje także rozszerzenie szpary powiekowéj.

3. Spojówka powiek i gałki staje się niedokrewną.

4. W 15 minut po zakropleniu kokainu następuje rozszerzenie źrenicy, które już po godzinie poczyna słabnąć, a w kilka godzin zupełnie niknie.

5. Równo z rozszerzeniem źrenicy, powstaje i ginie lekkie porażenie przyrządu nastawczego.

6. Przez ponowne co 5 minut powtarzane zakraplanie można znieczulenie przedłużyć, a nadto i głębsze części gałki stają się mniéj czułemi.

Koller zastósował w rozmaitych cierpieniach i przy operacyjach środek ten i twierdzi między innemi, że po zastosowaniu 5% rozczynu chorzy operowani na zaćmę nie czuli ani unieruchomienia gałki ani też przecięcia rogówki, a wycięcie tęczówki miało sprawiać tylko nieznaczny ból. Doc. Königstein, który równocześnie, a niezależnie od Kollera, używał środka tego, i to najprzód na sobie, krewnych i znajomych, doszedł mniéj lub więcéj do tych samych wyników. Co do rozszerzenia źrenicy, to rozpoczynało się ono u niego po 10 minutach a miejsce najbliższego widzenia oddaliło się zaledwo o 2 cm. Po dwóch godzinach zaczęła się źrenica znowu zwężać; 10% rozczyn wywoływał nieco prędsze i silniejsze objawy. Po zastosowaniu zaś proszku powieki nawet na powierzchni mniéj stały się czułemi. Zresztą rozmaite osoby są odmiennie wrażliwe na ten środek, tylko jednorazowe zastosowanie środka mniéj czyni oko wrażliwém. Że naczynia zwężają się po kokainie, mógł się Königstein przekonać pod drobnowidem na rozciągniętym języku żaby. Jako wskazanie do użycia podaje Königstein operacyje oczne, daléj zachwala środek ten jako uśmierzający ból w rozlicznych chorobach oka i podaje, że kokain po zastosowaniu środków przyżegających (kamień piekielny, siarczan koprowiny) zmniejsza ból, lecz późniéj tenże jeszcze silniéj występuje. Co do sposobu działania, to przypuszcza, że kokain działa wprost na nerwy czuciowe, natomiast rozszerzenie źrenicy, wystąpienie gałki, rozszerzenie szpary przemawiają za wpływem środka tego na nerw współczulny. Reuss potwierdza podania Kollera a nadto zastanawiał się nad tém, czy kokainu w jaskrze użyć można jako środka rozszerzającego źrenicę. Doświadczenia wykazały, że po zwężeniu źrenicy ezerynem kokain na rozszerzenie źrenicy żadnego nie miał wpływu, a przeciwnie oko wprzód kokainizowane następnie w skutek ezerynu znacznemu uległo zwężeniu źrenicy. Dr. Schenkl z Pragi (*Prag. med. Wochenschrift* r. 1884 Nr. 45) używał środka tego w szeregu operacyj (*Extractio, iridectomia, oper. staphyl., kantopl., discissio,* wyjęcie ciał obcych z rogówki, spojówki i przed niej komórki) i potwierdzał dawniejsze podania. Używał 2% rozczynu chlorku kokainowego zalewając 2—3 razy na rogówkę, a po dwóch minutach nastąpić miało znieczulenie, które przez 10 minut trwało, przytém wystąpiła niedokrewność spojówek i w ogóle objawy przez poprzednich autorów opisywane. Przez częściéj powtarzane lub silniejsze zakraplanie (5—10%) można znieczulenie to do 20 minut przedłużyć. Po objawach wywołanych kokainem następuje powrót do dawnego stanu, a zagojenie żadnemu nie ulega zboczeniu. Użycie rozwórki powiekowéj staje się zbytecznem i tylko wycięcie tęczówki sprawia ból. Także w bolesnych cierpieniach ocznych i po pocieraniu siarczanem koprowiny spojówki i przed zadmuchiwaniem proszku kalomelowego, kokain ma, zdaniem Schenkla, sprawiać ulgę. Merck z Darmstadtu podaje (*Kl. Mtsbl. f. Augenheilk.* November 1884) bliższe szczegóły o środku tym i sposobie wytwarzania go. Merck wytwarza czysty alkaloid, daléj chlorek, salicylan, bromek, winnik i cytrynian kokainowy. Koka działa na przyrządy ośrodkowe nerwów ale też i na pojedyncze części nerwowe i to w małych dawkach podniecająco, w wielkich porażająco. Zabija przez uduszenie. Trująca jego własność jest względnie słabą. — Schroff, który w roku 1862 pierwsze robił próby, spostrzegał u królików po dawkach wewnętrznych 0·05 osłabienie oddechu, tętna i rozszerzenie źrenicy, podczas gdy ta sama dawka podskórnie sprowadzała śmierć wśród kurczów epileptycznych i silnego rozszerzenia źrenicy, które po śmierci znikało. —

Fronmüller robił w roku 1863 doświadczenia kokainem i przekonał się, że dawki 0·03 aż do 0·33 nic wywołały u człowieka po wewnętrznem podaniu żadnego uderzającego skutku, czasem zaś sprowadzały sen. Tętno i oddech były z początku były przyspieszone. W pewnym przypadku usiłowanego samobójstwa 1·5 kokainu żadnego pod względem zdrowia nie sprowadził zaburzenia. — Liście zawierają 0·02 aż do 0·2% tego alkaloidu [1]). Po pod-

[1]) Przed nim Gardecke izolował alkaloid i nazwał go erythroxolin.

[1]) Z tegoto powodu środek ten bardzo stosunkowo jest drogim: 14 mk. czyli 8 fl. jeden gram.

skórnych zastrzyknięciach rozczynu kokainowego powstaje u człowieka uczucie ciepła, następnie znieczulenie okolicy zastrzyknięcia, a w końcu opisana czerwoność skóry, która po 30 minutach znika. — Prof. Fleischl w Wiedniu zauważył, że kokain podskórnie zastósowany, jest środkiem dzielnie wspierającym leczenie morfinizmu a podawał środek ten w dawkach 0·05 aż do 0·15 *pro dosi* a 0·5 dziennie. — Dr. Freund we Wiedniu doświadczał środka tego na sobie i przekonał się, że siły fizyczne rosły i nastąpiła prawdziwa rzeźwość (*Euphoria*). Potrzeba snu i uczucie głodu zupełnie znikły. — Merck podaje działanie kokainu jako środka podniecającego, który w sposób obojętny na krótki czas siły żywotne ciała podniecić może i silniéj pod tym względem działa od wyskoku. Dawki, które odpowiadają temu celowi, wynoszą 0·05 aż do 0·1 kilka razy dziennie. W zadumie podawano przez całe miesiące kokain w dawkach po 0·0025 aż do 0·1. — Kokain wzmacnia daléj żołądek, a po wybrykach w jedzeniu i piciu podawany w dawkach 0·025 aż do 0·05 sprawia ulgę i powrót łaknienia. W niestrawności ze zwątlenia, w nerwowych zaburzeniach żołądkowych, można powoli sprowadzić kokainem powrót do prawidłowości. — Amerykanin W. H. Bentley ogłosił w roku 1878 spostrzeżenie, że kokain może usunąć tak zwane łaknienie morfinu u morfinistów, przyczém łatwo choremu znowu odwyknąć od koki bez powrotu do dawniejszéj pożądliwości. Jedynym objawem powstrzymania się od morfinu mają być rozwolnienie i dreszcze. Przy powolném odzwyczajaniu podaje się coraz słabsze dawki morfinu a coraz silniejsze kokainu, dla nagłego odzwyczajenia zastrzykuje się 0·1 kokainu, ile razy łaknienie morfinu objawia się. Zdaje się, że pomiędzy morfinem a kokainem wybitne zachodzi przeciwieństwo. — Leczenie alkoholizmu jest niewnie trudniejszém, ale według doświadczeń amerykańskich lekarzy prowadzi również do celu. Polecono środek ten także jako pobudzający popęd płciowy a Freund zauważył u osób, którym środek podawał, płciowe podrażnienie. —

Adolf Weber z Darmstadtu, obszerniejszy i nader cenny ogłosił artykuł o kokainie w ostatnim numerze *Kl. Mtsbl. f. p. Augenheilk.* 1884. O fizyjologicznych własnościach jego mówi co następuje: 2—10% rozczyn dostawszy się do worka spojówkowego sprawia u jednych palenie u drugich uczucie zimna, a po 4—20 minutach następuje, jeżeli się po zalaniu powieki zamknęło, znieczulenie rogówki i spojówki. Znieczulenie to trwać może do 40 minut. Uczucie zimna ma polegać na obniżeniu ciepłoty, które termometrem mierzone wynosi aż do 1·5°C. a nieraz trwa przez kilka godzin, równocześnie naczynia zwężają się; po częstém zalewaniu powstaje uczucie suchości, a w skutek wyparowania warstwy płynu, spojówka i rogówka stają się lekko zamglone, wzrok za w skutek tego osłabiony? Podczas gdy obniżenie ciepłoty i uczucie zimna przypisać można niewątpliwie ściąganiu się naczyń i parowaniu, znieczulenie, które daleko wcześniéj występuje, a nawet tam, gdzie w skutek zapalenia silne łzawienie zapobiega oschnięciu błon. odnieść trzeba do bezpośredniéj styczności środka tego z kończynami nerwów. — Z operacyj wykonał Wolff bezboleśnie: zeszycie spojówki, przecięcie mięśnia odwodzącego, przedłużenie prostego wewnętrznego (według Michla po porażeniu zewnętrznego), wydobywał ciała obce, zakładał szwy rogówkowe w razie rozdarcia, przekłucia rogówki i rozdarcia torebki. — Daléj podnosi Weber słusznie, że kokain umożebnia dokładne mierzenie naprężenia za pomocą tonometru, gdyż tonometer ściśle może być przyłożony do gałki, niewywolując żadnych zwrotnych ściągnień mięśni. — Według Webera kokain obniża naprężenie rogówkowe i twardówkowe. Co do rozszerzania źrenicy, które w 8—20 minut rozpoczyna się, w 40 minutach staje się najsilniejszém a po 6—24 godzin zupełnie ustępuje, to charakter tego rozszerzenia jest odmiennym od podobnego skutku atropinu. Nigdy bowiem przy rozszerzonéj kokainem źrenicy nie znika poruszalność téjże, która objawia się przy wrażeniach światła, przy akomodacyi i przy dostateczném podrażnieniu powierzchni gałki. Zwieracz źrenicy wywiera więc w takich razach swój wpływ. Zdaje się zatém, że kokain dotyka w tęczówce pierwiastków, które czynnie rozszerzają źrenicę, a nie poraża zwieracza. Jako dowód przytacza Weber następujące doświadczenia:

1. Źrenica porażona atropinem albo zwyrodnieniem nerwu okoruchowego jeszcze bardziéj po zakropleniu kokainu cofa się ku obwodowi, tak samo, jak po podrażnieniu nerwu współczulnego szyi.

2. Źrenicę zwężoną pilokarpinem albo ezerynem można za pomocą kokainu do średniéj doprowadzić rozwartości, w któréj mimo rozmaitych wpływów (światła, akomodacyi) już pozostaje nieporuszalną, że zaś te dwa środki wpływów osobnych, sobie właściwych wzajemnie nie znoszą, pokazuje się z tego, że pilokarpin i ezeryn mimo kokainu oddziaływają na akomodacyję, a kokain mimo tamtych na nerwy czuciowe powierzchni gałki niezmieniony wpływ wywiera. Chodzi więc tutaj tylko o równowagę mechaniczną pomiędzy wiązkami promienistemi a obrączkowemi tęczówki. Środki powyższe zrównoważają się pod tym względem w następującym stosunku: pilokarpin do kokainu jak 1—4; ezeryn do kokainu jak 1—25 aż do 30. Mówiąc o wskazaniach do zastósowywania kokainu Weber podnosi, że go ze skutkiem można użyć w zaćmach jądrowych, gdyż nie porażając akomodacyi rozszerza kokain źrenicę i przywraca do pewnego stopnia osobom dotkniętym zaćmą możność pracy.

Moje, dotychczas pod tym względem nieliczne, doświadczenia pouczyły mnie, że gdzie chodzi o zaćmę jądrową, rozszerzenie źrenicy kokainem nie dość jest wystarczającém, ażeby przepuścić promienie światła mimo brzegu jądra, chyba że połączymy kokain z atropinem.

W zranieniach rogówkowych atropin sprawia, że tęczówka we formie pęcherza wypada, podczas gdy kokain nieznosząc działania zwieracza, a ciągnąc tęczówkę ku obwodowi, może albo zupełnie z rany rogówkowéj tęczówkę wycofać, albo przynajmniéj prędsze pokrycie jéj wysiękiem ułatwić.

Weber sądzi, że i sprawy owrzodzeń w skutek zmniejszonego wytwarzania się naczyń przy kokainie łatwiéj się goją, na co jednakże już ze względu na to nie zgodzilibyśmy się, że przy wrzodach rogówkowych, połączonych zazwyczaj z nasiękami, chodzić nam powinno o wspieranie twórczości naczyń.

Tak śród przekłócia jako też przy oddzieleniu tęczówki zrośniętéj nadzwyczaj korzystnie działa rozszerzenie źrenicy kokainem, jeżeli poprzednio zwieracz atropinem porażony został. Źrenica bowiem po odpłynięciu cieczy nie zwęża się już, przez co w pierwszym przypadku cały system soczewkowy zbliża się do soczewki, a w drugim zwolnione zrosty nie mogą więcéj odtworzyć się.

Jako nadzwyczajną korzyść podnieść wypada, że w razach odpowiednich można wydobyć soczewkę w zamkniętéj

torebce z daleko większą swobodą, niż to dotąd nawet po uśpieniu chorego stać się mogło, raz z powodu zniesienia zwrotnéj wrażliwości, a po drugie, że napięcie po kokainie jest obniżone, o czém ponownie miałem sposobność przekonać się. I z tego już względu użycie kokainu przynosi operatorom, a raczéj chorym, korzyści, gdyż zmniejsza się niebezpieczeństwo wypadnięcia ciała szklanego. Obniżenie to napięcia, według mego doświadczenia, powstaje tam, gdzie kokain był kilkakrotnie po sobie zapuszczany a tłumaczy się niezawodnie powstałą ischemiją.

Według Webera nie ma kokain wpływu na akomodacyję, jeżeli go zastosujemy na oku zdrowém, miarowém; jeżeli zaś w przestankach 10 minutowych Weber zapuszczał kilka kropel 2—10% roztworu do oka bardzo krótkowzrocznego albo takiego, u którego włókna okrężne samoistnie albo przez atropinizowanie były porażone, natenczas w pierwszym razie miejsce dali przybliża się, a w drugim razie oddala się i to od najsłabszego aż do najznaczniejszego stopnia.

Po często powtarzaném zastósowaniu po piątym razie zauważono ograniczenie akomodacyi o $^2/_3$, nigdy jéj jednakże nie zniesiono.

Zdaje się, że jak kokain ma wpływ li tylko na włókna promieniste tęczówki, tak samo i u ciała rzęskowego podrażnić tylko może takież włókna, przez co naczyniówkę ku przodowi przyciąga, nie mając żadnego wpływu na zluźnienie więzadła Zinna. Dla tego też miejsce dali nie może się zmienić, dopóki naprężenie włókien obrączkowych nie zezwala pierścienia tego rozszerzyć *ad maximum*. Po porażeniu zaś tych włókien odśrodkowe ciągnienie rozciąga się nie tylko na włókna te, ale także na więzadło, przez co punkt dali nieco oddala się. Zawsze pojawiające się oddalenie się punktu widzenia blizkiego polega na utrudnionéj działalności włókien okrężnych. Zbliżenie się zaś punktu widzenia dalekiego u krótkowidzów tłumaczyć można przewagą włókien okrężnych, które nie zezwalają na zmianę swego położenia, w skutek czego ze zbliżeniem się naczyniówki, także i więzadło zluźnia się.

Weber zauważył, że po kokainie silniéj górna powieka od dolnéj cofa się od gałki, co tłumaczy tém, że tak m. unoszący powiekę, jako też dolna chrząstka tarczykowata, posiadają gładkie włókna mięsne przydatkowe, stojące pod wpływem nerwu współczulnego.

Jak Dr. Höltzke *(Zur physiologischen Wirkung des Cocains auf das Auge. Klin. Mtblätter Decembr. 1884)* z Erlangi donosi, używa Sattler, zamiast wody do rozpuszczania kokainu, roztworu sublimatowego w stosunku 1:5000 a wszelkie mniejsze rękoczyny miały po kilkakrotném zapuszczeniu wypaść bezboleśnie. Höltzke robił na sobie samym doświadczenia i przekonał się, że już po 2—3 minutach spojówka gałki i powiek staje się nieczułą, poczém powstaje lekkie uczucie naprężenia w gałce i otoczeniu; po 5ciu minutach rozszerza się źrenica, a po 10ciu następuje najwyższy stopień rozszerzenia. Jednakże źrenica ta na światło, jako też przy zbieżności, zwęża się. Refrakcyja i akomodacyja nie ulegają zmianie. Rozszerzenie źrenicy poczyna słabnąć po 45 minutach. Rozszerzenie szpary powiekowéj zauważono u dziewczyny cierpiącéj na jednostronne opadnięcie górnéj prawéj powieki. Po zastósowaniu kokainu różnica w obydwóch szparach znikła. Pilokarpin zastrzyknięty po kokainie zwęża poprzednio rozszerzoną źrenicę i wywołuje kurcz nastawczy wynoszący 11 diop. W działaniu małych dawek pilokarpinu, który podrażnia kończyny nerwu okoruchowego, na usunięcie rozszerzenia źrenicy kokainowego, upatruje Höltzke dowód, że kokain drażniąco działa na nerw współczulny, a działanie to odnosi się do kończyn, nie działa zaś przez pobudliwość zwrotną, co wnosi z następującego doświadczenia. U kota przeciął po lewéj stronie szyi nerw współczulny, poczém nastąpiło zwężenie lewéj źrenicy i pokrycie rogówki trzecią powieką. Wstrzykiwania kokainu wywołały teraz wyraźne lubo małe rozszerzenie źrenicy i cofnięcie się trzeciéj powieki, a rogówka straciła czucie.

Dr. Reichenheim *(Beiträge zur Wirkung des Cocains auf das Auge. Kl. Monblätter. December 1884)* podaje wyniki doświadczeń kliniki heidelbergskiéj. Tutaj zastósowano kokain w zwężeniach kanalików łzowych; a lubo pierwotne sondowanie sprawia ból, to następne, gdy płyn zetknąć się może ze spojówką, mniéj jest wrażliwém. Co do wysadzenia oka, to Koller tłumaczy je sobie znieczuleniem rogówki i spojówki, w skutek czego podrażnienia tych błon nie wywołują zwrotnego przymknięcia powiek, podczas gdy Königstein przypisuje wpływ gładkim mięśniom powiekowym Müllera, do czego się także i Reichenheim po doświadczeniu zrobioném na pewnym chłopcu skłania. Chłopiec ten miał wrodzone opadnięcie górnéj powieki, która po zastósowaniu kokainu nieco się podniosła.

Adolf Alt *(The American Journal of Ophthalmology, Novembr.* 15, 1884 — odebrany przed tygodniem), zwraca uwagę jeszcze na jednę własność kokainu, a mianowicie na stanowcze uspakajanie wahadłowych poruszeń gałki i obiecuje sobie, że spostrzeżenie to wpłynie może na wyjaśnienie patologii powyższego zboczenia. Mniema bowiem, że ono daje nam wskazówkę, o ile obwodowe podrażnienia wpłynąć mogą na wywołanie drgania gałek. (Dok. nast.)

III. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Doświadczenia podjęte w celach klinicznych nad zachowaniem się istot białkowatych w żołądkach ludzkich fizyjologicznych i chorobowo zmienionych.

Przez

Dra W. A. Gluzińskiego, I asystenta kliniki lek. i Dra W. Jaworskiego, docenta Uniw. Jagiell.

(Rzecz w streszczeniu przedstawiona na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu i na posiedzeniu Tow. lek. krak. w d. 3 grudnia 1884 przez Dra Gluzińskiego).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Omówiwszy zachowanie się kw. solnego przystępujemy do zachowania się produktów trawienia.

Oznaczając stopień kwaśności wyciągniętego płynu przez zobojętnianie go 10-normalnym roztworem ługu sodowego tylko w pierwszych 30 minutach otrzymywaliśmy strąt odpowiadający propeptonowi i w tym czasie kw. octowy i żelasinek potasu dawał z początku tylko lekkie zmętnienie, późniéj zaledwie opalizacyję. Równocześnie z ustąpieniem maximum kwaśności po zobojętnianiu nie otrzymywaliśmy strątu, mimo że jeszcze znajdowały się kawałki białka, chociaż nieliczne. Hamersten *(Jahrbuch Virchow-Hirsch*, 1867, I, str. 154), który badał w tym kierunku wymiociny w 5ciu przypadkach, znalazł również w 4ch przypadkach tylko małe ilości ciała opadającego przy zobojętnianiu, a w jednym ani śladu. Dla wytłumaczenia tego spostrzeżenia przypuszcza on, że podczas aktu wymiotowania żółć dostała się do żołądka i strąciła w nim samym w znacznéj części propepton. My

tém tłumaczeniem posłużyć się nie możemy, w wyciągniętéj treści nie znaleźliśmy bowiem ani śladu żółci. Inna jest więc przyczyna tego zjawiska a podamy ją mówiąc o peptonach. Obecnie zaznaczamy sam fakt, a uwzględniając stwierdzoną okoliczność, że po 30—40 minutach wcale propeptonu wykazać nie można, mimo znajdowania się w żołądku kawałków białka, możemy snadnie z Malym *(Hermanns Handbuch der Physiologie,* t. V, Cz. I, str. 110) powtórzyć zdanie w zastosowaniu do człowieka, że „zdaje się do tego nigdy nie dochodzić, aby całe spożyte białko zamieniło się w pepton, a nawet w propepton, lecz jako takie przechodzi ono do dalszéj części przewodu pokarmowego". Potwierdza to zresztą obserwacyja Lalemanda, który u kobiety z przetoką dwunastnicy już po 10—15 minutach po spożyciu białka spotykał kawałki białka niezmienione w téj części jelit.

W dalszym ciągu podnieść nam należy zachowanie się peptonów podczas aktu trawienia w żołądkach fizyjologicznych. Czy to w początku samym czy już pod koniec trawienia reakcyja za pomocą ługu sodowego i siarkanu miedziowego wykazywała nam zaledwie ślad peptonów. Peptony znajdowaliśmy i w późniejszych okresach trawienia, gdy propeptonu już wykazać nie mogliśmy (ten ostatni, jak wiemy, po upływie 30 minut już nie dał się wykazać, gdy pierwsze i po 45 minutach wykazać było można). Badając te dwa produkty trawienia białka w rozmaitym czasie i znajdując za każdym razem tylko niewielkie ich ilości i jednakową prawie pod względem wyrazistości reakcyję mamy podstawę do twierdzenia, że u człowieka w stanie fizyjologicznym w żadnéj chwili trawienia nie nagromadzają się w żołądku produkty trawienia, muszą one być częścią wydalane częścią wchłaniane zaraz po powstaniu. Zdanie to, jakkolwiek nie oparte na rachunku ścisłym, tém snadniéj wypowiedzieć możemy, uwzględniwszy prace w tym celu na psach podjęte przez Schmidt-Mühlheima (l. c., str. 55), który między innemi wypowiada zdanie następujące: „podane liczby dowodzą, że równocześnie z tworzeniem się pewnéj ilości produktów trawienia krok w krok idzie ich wydalanie tak, że nigdy nie może przyjść do nagromadzenia się tychże". Okoliczność ta nie jest obojętną dla dalszego trawienia istot białkowatych, jak to niżéj wykażemy. To zachowanie się produktów trawienia jest więc niejako miarą i prawidłowego wchłaniania błony śluzowej i prawidłowego wydalania z żołądka.

Tę ostatnią funkcyję, wykazującą zachowanie się błony mięsnéj, możemy inną drogą ocenić uwzględniając czas, w którym kończy się cały akt trawienia w żołądku. Przy podawaniu białka z jednego jaja u człowieka zdrowego z doświadczeń naszych wynika, że trawienie żołądkowe średnio w 75—90 minut możemy uważać za skończone. W tym bowiem czasie nie stwierdzamy w wyciągniętéj treści ani strzępka białka, ani propeptonu, ani peptonu, a ciecz oddziaływa alkalicznie, obojętnie lub słabo kwaśno, czyli że wśród danych warunków żołądek fizyjologiczny człowieka w 5—6 kwadransach zupełnie pozbywa się swojéj treści.

Uwzględniając zdobyte fakty widzimy, że sposób doświadczenia przez nas zastosowany, już przy wstępnych próbach nie zawiódł, potwierdził bowiem nie jeden szczegół inną drogą pozyskany, nie jeden dodał i rozjaśnił, a co najważniejsza dał możność doświadczania wprost na człowieku. Zbierając więc razem możemy śmiało powiedzieć, że cechy trawienia (małych ilości) białka, jakie nam fizyologiczny żołądek człowieka przedstawia wśród danych warunków, są następujące:

1) koło 15—50 minut od początku trawienia HCl stanowczo wykryć można;

2) ilość jego zwiększa się z biegiem trawienia, koło 30—45 minuty dochodzi maximum;

3) maximum to przypada na czas, gdy większa część białka (wzgl. pokarmów) opuściła żołądek;

4) przez czas wzrastania kwaśności można w treści wykazać propepton, dłużéj pepton;

5) nie cała ilość wprowadzonego białka zostaje w żołądku strawiona;

6) równocześnie z tworzeniem się produktów trawienia następuje ich wydalenie tak, że w fizyjologicznym żołądku do nagromadzenia ich nie przychodzi;

7) cały akt trawienia kończy się w 75—90 minutach.

II.

Rezultat ten był dla nas zachętą i środkiem dla dopięcia innego celu, stał się bowiem właściwą podstawą dla stwierdzenia zboczeń funkcyi żołądka patologicznego, a w razie możności ustalenia metody badania klinicznego. Po dokonaniu więc tych wstępnych doświadczeń i dojściu do odpowiednich wniosków zastosowaliśmy ten sposób w rozmaitych stanach chorobowych żołądka, a wyniki pomieszczamy w tablicy II.

Przystępując do rozbioru wyników otrzymanych z doświadczeń nad trawieniem istot białkowatych w żołądku u ludzi dotkniętych zboczeniami tego narządu, musimy z góry powiedzieć, że w pewnéj liczbie przypadków zgodnie z dotychczasowemi badaniami, które innemi sposobami wykonano, mimo dość wybitnych przypadów podmiotowych nie znaleźliśmy różnicy od trawienia fizyjologicznego. Byłyto przypadki, które opierając się na okresie chorobowym i wyniku tego badania mieliśmy podstawę zaliczyć do niestrawności nerwowéj (*dyspepsia nervosa s. neurasthenia dyspeptica*).

Zboczenia od fizyjologicznego prawidła, jakie znajdowaliśmy w pozostałych przypadkach, uwidoczniły się w dwóch kierunkach: 1) w wydalaniu białka, 2) w chemiczném trawieniu.

Przyjąwszy na podstawie wstępnie dokonanych doświadczeń czas 75—90 minut jako czas, w którym fizyjologiczny żołądek ludzki wśród danych warunków pozbywa się zupełnie swojéj treści, w znacznéj części przypadków patologicznych znajdujemy opóźnienie tego czasu, a więc upośledzenie funkcyi wydalenia treści żołądkowéj.

Czas ten zależnie od przypadku waha się w dość szerokich granicach od dwu do kilkunastu godzin. Tu od razu nadmieniamy, że to ostatnie zachowanie odnosi się do znacznych rozstrzeni żołądka w skutek zwężenia odźwiernika.

Opóźnienie wydalania uważamy za najważniejsze zboczenie w funkcyjach żołądka patologicznego i możemy powiedzieć, że czas opróżnienia żołądka stoi w ścisłym związku z natężeniem zboczenia. Stosunek ten będzie zrozumiały, jeżeli dodamy, że do wydalenia nastraja się cały chemizm trawienia, jak to zaraz niżéj wykażemy.

Zboczenie tego chemizmu od wzoru fizyjologicznego odnosi się tak do zachowania kw. solnego jak i produktów trawienia tam, gdzie te się tworzą.

Z tego ostatniego bowiem względu możemy żołądki patologiczne podzielić na dwie główne grupy: peptonizujące

i niepeptonizujące. Pierwsze stanowią główny dział i temi przeważnie zajmować się będziemy, drugie są rzadkie, gdyż na 25 badanych przypadków znaleźliśmy takich dwa i to obydwa odnoszą się do późniejszych okresów nowotworu rakowatego żołądka.

Żołądki, jeżeli peptonizują, chociaż się to dzieje w rozmaitym stopniu, muszą zawierać dwa najważniejsze składniki soku żołądkowego, t. j. HCl i pepsynę. Z wyjątkiem dwóch przypadków nowotworu rakowatego żołądka wszystkie inne przez nas badane, mimo że niektóre przedstawiały bardzo ciężkie zboczenia, przynajmniéj w pierwszéj chwili trawienia zawierały te dwa składniki. W wspomnianych dwóch z pod tego prawa wyjętych przypadkach, jakkolwiek kw. solnego w żadnéj chwili trawienia wykazać nie mogliśmy i takowego musiało nie być, gdy nie było peptonów, musiała jednak znajdować się pepsyna, gdy wyciągnięta treść po dodaniu 0.1°/$_0$HCl sztucznie białko dobrze strawiła. Sztuczne to trawienie, które w każdym przypadku z wydobytą treścią wykonywaliśmy, przekonało nas daléj, że pepsyna wśród patologicznych zboczeń żołądka nie ulega większym wahaniom, że głównym czynnikiem jest kwas solny, który jest główną miarą i działalności soku i przyczyną jego rozmaitego zachowania się.

Badając sposobem Leubego zmodyfikowanym przez nas, którychto doświadczeń wyniki pomieściliśmy w rozprawie p. t. „Nowy przyczynek do sposobów badania żołądka (Przegląd Lekarski, 1884, Nr. 16, 17, 18), podzieliliśmy badane przez nas wtedy przypadki ze względu na zachowanie się stopnia kwaśności wyciągniętéj treści na trzy grupy, t. j. z małą kwaśnością, wielką kwaśnością i oddziaływające obojętnie lub alkalicznie, a więc niewydzielające wcale kw. solnego. Ten sam podział jesteśmy w prawie i teraz zastosować z tą tylko uwagą, że niektóre przypadki, które badając sposobem Leubego zaliczyliśmy do grupy trzeciéj, śledząc cały akt trawienia zmuszeni jesteśmy z téjże wykluczyć tak, że ta ostatnia grupa (t. j. gdzie sok oddziaływa obojętnie lub alkalicznie przez cały czas trawienia), ogranicza się do dwóch wspomnianych przypadków nowotworu rakowatego żołądka. We wszystkich pozostałych przypadkach bez względu, czy z małą czy z wielką kwaśnością w rozwijaniu się stopnia kwaśności w ciągu trawienia, mogliśmy wykazać ten sam ogólny typ jak w żołądkach fizyjologicznych, t. j. stopniowe wznoszenie się do maximum i stopniowe opadanie. Wyrazistość próby Malyego, idąca w parze z stopniem kwaśności, dowodzi, że zachowanie to i tu pochodzi od kw. solnego. W szczegółach typ ten jednak w przypadkach patologicznych różny jest od fizyjologicznego, a różnica ta pochodzi od późniejszego wydalania z żołądka, a więc od dłuższego trwania aktu trawienia.

Minut 30, rzadko 45, było czasem największego nasilenia kwaśności w stanie fizyjologicznym. Tu czas ten opóźnia się znacznie, albowiem najwcześniéj (swoją drogą najczęściéj) największe nasilenie kwaśności nastaje w 60 minutach, a nieraz dopiero w $1^1/_2$ godziny. Opadanie zaś, jakkolwiek dzieje się znaczniejszemi skokami niż wznoszenie, trwa jednak dłużéj niż to ostatnie i przeciąga się têm dłużéj, im dłużéj pozostają części niestrawione białka i produkta trawienia w żołądku.

Uwzględniając cyfry, które nam oznaczają stopień kwaśności w początkach trawienia, np. po 2 kwadransach i w chwili maximum i porównywając poszczególne przypadki w tym względzie ze sobą znajdziemy podstawę do podziału żołądków peptonizujących na dwa działy, t. j. z małą i dużą kwaśnością. Dla ułatwienia przeglądu podajemy tabliczkę III obejmującą przypadki umieszczone w poprzedniéj tablicy.

Numer	Stopień kwaśności po 2 kw.	Maximum kwaśności	Uwaga
I	4·4	21	z małą kwaśnością
II	5·4	13 6	
III	2	11·6	
IV	2	8	
V	0·8	1 2	
VI	obej.	1·6	
VII	14·6	19·4	z wielką kwaśnością
VIII	15·4	21·2	
IX	20·4	23 6	
X	16·8	28·8	
XI	12·4	23 2	
XII	18·8	26 4	
XIII	9·2	40·8	

Niskie względnie stopnie kwaśności znajdowaliśmy w przypadkach lżejszych zboczeń nie wchodząc w to, czy je nieżytami, czy dyspepsyjami nazwać.

Uwagę naszą zwrócić muszą przypadki z bezwzględnie niską kwaśnością (V i VI), których treść po 2 kwadransach oddziaływa jeszcze obojętnie, a na szczycie słabo kwaśno, w których wydalanie trwało $2^1/_2$—3 godzin i śluz w treści wyciągniętéj wykazać można było. Przedstawiały one, zdaniem naszém, późniejsze okresy nieżytu żołądkowego.

Przeciwstawienie do tychże stanowią przypadki od VII—XIII, w których możemy przypuścić ze względu na stopień kwaśności zwiększone wydzielanie kw. solnego, w których maximum kwaśności wahało się między 19—40, w których nawet już w żołądkach czczych dość często wykazywaliśmy bez żadnéj podniety wydzielony sok żołądkowy, a mimo téj obfitości dzielnego zupełnie soku trawienie białka trwało długo, bo najczęściéj w $2^1/_2$—4 godzin dopiero pozbywał się żołądek swojéj treści.

Jakkolwiek ani jeden przypadek nie został stwierdzony sekcyją, to jednak, ze względu, że bardzo często w tych przypadkach stwierdzaliśmy rozstrzeń żołądka (*gastroectasia*), że pod mikroskopem w cieczy użytéj do płókania żołądka przed doświadczeniem częstokroć stwierdzaliśmy komórki czwórniaka (*sarcina*) i drożdzy, wreszcie że tu należą dwa przypadki zagojonego, zdaje się, wrzodu okrągłego, w których trwały znaczne przypady w skutek drażnienia blizny, jesteśmy skłonni nie z apodyktyczną pewnością lecz w każdym razie z wielkiém prawdopodobieństwem do przypuszczenia, że temu zachowaniu się kwaśności wobec późnego wydalania treści żołądkowéj odpowiadają także pewne zmiany anatomiczne wcześniejszego lub późniejszego okresu nieżytu żołądkowego. Aby załatwić się z chemiczném trawieniem, należy zwrócić jeszcze uwagę na produkty trawienia.

Z wyjątkiem przypadków z bezwzględnie niską kwaśnością (przyp. V i VI), w których zaledwie ślad peptonizowania można było wykazać tak, że prawie cała ilość białka niestrawiona dostawała się do dalszych części przewodu pokarmowego, wszystkie inne peptonizowały dobrze. Upośledzenie jednak funkcyi wydalania i tu swój wpływ wywierało. Dla żołądków fizyjologicznych stwierdziliśmy prawo, że równocześnie z tworzeniem się produktów trawienia następuje ich wydalanie, tak że do nagromadzenia ich nigdy nie przychodzi; w przypadkach patologicznych częstokroć rzecz ma się przeciwnie: Nie ślad reakcyi ale bardzo wybitne zabarwienie różowe daje próba na peptony, zabarwienie to nie w jednéj sile, ale z biegiem trawienia staje się coraz wyraźniejsze, nie ustępuje w 2—3 kwadransach zupełnie, lecz trwa już całe godziny i to têm dłużéj, im późniéj następuje wydalanie z żołądka. Jednêm słowem możemy powiedzieć, że w żołądkach patologicznych szczególnie z dużą kwaśnością, inaczéj niż w fi-

zyjologicznych, bardzo często przychodzi do większego nagromadzenia produktów trawienia, bo dodać musimy, że strąt przy neutralizacyi treści wyciągniętéj odpowiadający propeptonowi jest większy i kwas octowy i żelasinek potasu dają wyraźne zmącenie i propepton znacznie dłużéj w żołądkach patologicznych wykazać można.

Jaki to ma wpływ na samo trawienie, łatwo ocenić uwzględniając, że jest znanym faktem, zdobytym przy sztucznych trawieniach białka, że produkty trawienia, szczególniéj peptonu, przeszkadzają trawieniu. Już Schwann wspomina o takich cieczach trawiących, które lepiéj działały, gdy się dodało do nich połowę objętości wody zakwaszonéj. Była więc w nich dostateczna ilość pepsyny, aby nawet w większém rozcieńczeniu działała, ale w których tyle już powstało strawionych istot, że zagęszczenie przez to powstałe było przeszkodą dla dalszego trawienia. Spostrzeżenie to stwierdził Brücke i podał tłumaczenie tego faktu mówiąc, że produkty trawienia mając powinowactwo do wody wiążą takową, w skutek czego dalszy proces pęcznienia białka nie może się należycie odbyć, podobnie jak to ma miejsce wobec nadmiernéj ilości kwasu lub soli.

Nagromadzenie więc większe produktów trawienia, a ztąd zagęszczenie treści w żołądkach patologicznych, nie jest rzeczą obojętną, zważywszy, że utrudniają one dalsze trawienie białka i nie jeden zapewne objaw podmiotowy zawdzięcza swoje powstanie téj okoliczności. (Dok. nast.)

IV. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n./W.

Przyczynki do chirurgii żołądkowo-jelitowéj.

I. Trzy nowe przypadki wycięcia odźwiernika oraz kilka uwag o wskazaniu i sposobie operowania.

Podał **Dr. Rydygier.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 3).

23) Hahn (łaskawe doniesienie listowne i referat na XI Zjeździe chirurgów w Berlinie) Mężczyzna, lat 63, operowany 19/5 1882. —Wskazanie: Rak odźwiernika. — Cięcie poprzeczne poniżéj pępka po nad guzem na lewéj stronie od smugi białéj. —Długość wyciętego kawałka 11 cm. przy krzywiźnie większéj, 8 cm. przy mniejszéj, zrostów z trzustką nie było.—Szew zwężający u góry. Dwunastnicę przyszyto do krzywizny większéj. — 15 szwów zwężających, 25 szwów łączących Lemberta.—Zeszyto cienkim jedwabiem odwietrzonym — Operacyja trwała 1$^1/_4$ godziny. — Do dnia siódmego przebieg pomyślny, 8go dnia nagła śmierć wśród objawów przedziurawienia z zapaleniem otrzewny. Badanie zwłok: Zupełnie świeże zapalenie otrzewny z przedziurawieniem; szew łączący rozszedł się na 2—3 cm.; w jamie brzusznéj palące się gazy; wielka ilość kału w okrężnicy poprzecznéj.

24) M. Richter (*Centralbl. f. Chir.* 1882, Nr. 46, *San Francisco western Lancet* 1882 Juli) Mężczyzna, lat 51, operowany 25/5 1882.—Wskazanie: Rak odźwiernika. — Cięcie 5 cali długie poprzeczne, z jego środka cięcie prostopadłe ku wyrostkowi mieczykowatemu.—Zamknięcie świateł rękami asystentów.—Wycięty kawałek składał się z części odźwiernikowéj żołądka, z odźwiernika i $^1/_2$ cala dwunastnicy; światło odźwiernika do $^1/_3$ cala średnicy zwężone; w sieci większéj trzy gruczoły nabrzmiałe. — Szew zwężający od góry; przyczepienie dwunastnicy do krzywizny większéj. — 20 szwów zwężających, jeden rząd szwów łączących.—Szyto jedwabiem.—Operacyja trwała 2$^1/_3$ godziny. — Śmierć z zapadu sił w trzy godziny po operacyi. Sekcyi nie było.

25) Koehler (*Centralbl. f. Chir.* 1882, Nr. 46, *The medical Harald. Louisville* 1882, Nr. 41) Kobieta, lat 65, operowana 2/9 1882. — Wskazanie: Rak żołądka. — Cięcie 2 cale poniżéj pępka.—Zwyrodniała część sięga od odźwiernika aż do polowy większéj krzywizny.—40 szwów.—Szyto jedwabiem. Operacyja trwała godzinę.—Śmierć w 6 godzin po operacyi w skutek zapadu sił.

26) M. Fort (*Centralbl. f. Chir.* 1882, Nr. 49, *Gaz. des hôpit.* 1882, Nr. 122) Kobieta, wiek niepodany.—Rak żołądka.— Zrośnięcia z trzustką, okrężnicą poprzeczną, żyłą wrotną i innemi częściami wrót wątroby, zwyrodniałe gruczoły w sieci większéj i mniejszéj. — Wycięcie kawałka trójkątnego z krzywizny większéj. — W tyle szew węzełkowy, z przodu szew stembnowy *(Steppnaht)*.— Operacyja trwała 2 godziny. Śmierć z zapadu sił wkrótce po operacyi.

27) Molitor (*Gutsch, 2 Fälle von Magenresection* w *Langenbecka Arch.* 29 t., 3 zesz.) Kobieta, lat 44, operowana 4/1 1883.—Rak rdzeniowaty.— 18 cm. długie cięcie ukośne.— Ucisk ręczny nie zapobiegł zanieczyszczeniu jamy brzusznéj treścią żołądka. — Długość wyciętego kawałka 14 cm. na większéj 5 cm. na mniejszéj krzywiźnie; guz na 15 cm. zrosły z okrężnicą poprzeczną; dla tego musiano krezki w tym obszarze odłączyć. Guzki rakowate w sieci. — Śmierć wieczorem dnia trzeciego po operacyi. Sekcyja wykazała gnilne zapalenie otrzewny w skutek zgorzeli okrężnicy poprzecznéj.

28) Molitor (tamże) Kobieta, lat 28, operowana 12/1 1883.—Rak włóknisty.—13 cm. długie cięcie poprzeczne. — Zamknięcie świateł bez uciskadeł, jamy brzusznéj nie zanieczyszczono.—Kawałek wycięty 5 cm. długi, poruszalny z zgrubiałemi ścianami. Przez światło przesunąć można igliczkę, zrostów nie było.—Operacyja trwała nie całe 3 godziny. — Wyzdrowienie. Po 11$^1/_2$ miesiącach śmierć w skutek raka odbytnicy i miednicy, jednakże żadnych objawów recydywy w żołądku. Badania zwłok nie było.

29) Czerny (*Wien. med. Wochenschrift* 1884, Nr. 17, 18, 19) Kobieta, lat 39, operowana 29/1 1883. — Rak drobnodołkowaty. — Cięcie w smudze białéj aż do pępka. — Ucisk za pomocą dwóch szklanych rurek kauczukiem powleczonych, grubości ołówka. — Długość wyciętego kawałka 8 cm. na większéj, 6 cm. na mniejszéj krzywiźnie. Pomimo że w odległości 1—2 cm. od nacieczenia rakowatego, o ile to wyczuć było można, część tę ucięto, znaleziono jednakże pod mikroskopem na przekroju rakowate cząstki. — Szew zwężający. — 9 szwów węzełkowych w 1szym rzędzie, 13 w 2gim. Szew łączący, 7 wewnętrznych, 11 zewnętrznych szwów.—Szyto jedwabiem.—Operacyja trwała 2$^1/_4$ godziny.— Przebieg dobry. Wyleczenie. Śmierć 24 kwietnia 1884 z recydywy. Obdukcyi nie odbyto.

30) Mikulicz (Przegląd Lek. 1882, Nr. 13 i 14, *Verhandl. d. Deutsch. G. f. Chir.* 1883, *Centralblatt f. Chir.* 1883) Kobieta, lat 35, operowana 22/2 1883. — Rak dołkowaty.—Cięcie poprzeczne. — Zamknięcie świateł za pomocą uciskadła Wehra.—Wycięto kawałek 8 cm. długi. Gruczoł wielkości soczewicy z po za żołądka wycięty bez rakowatego nacieczenia.—Szew zwężający na krzywiźnie mniejszéj. 50 szwów Czernego.—Szyto jedwabiem.— Operacyja trwała 2$^1/_2$ godziny.—Wyzdrowienie. Przebieg dobry, tylko na 3, 4

i 5ty dzień po operacyi częstsze wymioty, które jednakże same ustały.

31) Billroth (*Hacker* w *Wien. med. Wochenschrift* 1883, Nr. 41, *Centralbl. f. Chir.* 1883, Nr. 52) Kobieta, lat 46, operowana 24/6 1883.—Rak włóknisty. — Cięcie poprzeczne 15 cm. długie.—Zamknięcie świateł rękami asystentów, mimo częstych odruchów wymiotowych, treść żołądka nie wypłynęła.—Wycięto 10 cm. długi kawał krzywizny większéj (niezrosły), 2 gruczoły wielkości soczewicy w sieci większéj i jeden w sieci mniejszéj także wycięto. — Szew zwężający na krzywiźnie mniejszéj.—Około 20 szwów łączących. Szew Lemberta, który na miejscach słabszych szwem podwójnym wzmocniono. 5 szwami Lemberta zaszyto przypadkowe nadarcie dość cienkiéj ściany dwunastnicy. — Szyto jedwabiem. — Operacyja trwała $1\frac{1}{2}$ godziny. — Wyzdrowienie. Przebieg dobry. Podług udzielonéj wiadomości z dnia 7 października 1883 operowana czuje się zupełnie zdrową.

32) Rydygier (w pracy niniejszéj) Mężczyzna lat 42, operowany 4/6 1883.—Rak dołkowaty.—Cięcie podłużne w smudze białéj.—Zamknięcie świateł za pomocą własnego elastycznego uciskadła.—Długość 7 cm. na większéj, 4 cm. na mniejszéj krzywiźnie. Przez światło odźwiernika ledwie ołówek przesunąć można.—Szew zwężający na krzywiźnie mniejszéj. —Szew zwężający pierwszy rząd 12, drugi 8 szwów Czernego. Szew łączący 1szy rząd 20, 2gi 18 i 2 szwy na krzyż założone w miejscu, gdzie się rzędy szwu łączącego i zwężającego stykają. 8 szwów błony śluzowéj. — Szyto katgutem.—Operacyja trwała $2\frac{3}{4}$ godz.—Śmierć w skutek zapalenia otrzewny.

33) Socin (*Corespbl. f. schw. Aerzte* 1883, Nr. 3, *Centralbl. f. Chir.* 1884, Nr. 27) Kobieta, operowana 15/7 1883.—Rak odźwiernika.—Cięcie poprzeczne 15 cm. długie.—Zamknięcie świateł rękami asystentów. — Wycięty kawałek 8 cm. długi. Przez światło odźwiernika przesunąć można dość gruby zgłębnik, w sieci 2 gruczoły rakowate, guz z trzustką zrosły.—Szew zwężający na krzywiźnie mniejszéj.—11 głębokich i 11 powierzchownych szwów zwężających. Szew łączący w tyle 13 wewnętrznych i 9 szwów błony śluzowéj, na przodzie 6 szwów błony śluzowéj i 13 szwów Lemberta.—Operacyja trwała 2 godziny. —Wyzdrowienie.

34) Socin (tamże) Mężczyzna, lat 38, wiek niepodany. — Guz otaczał główkę trzustki i tę trzeba było wyciąć; przytém przecięto tętnicę żołądkodwunastnicową tuż u jéj początku tak, iż musiano podwiązać tętnicę wątrobową. — Śmierć w 6 godzin po operacyi.

35) Kocher (*Corespbl. f. schweiz. Aerzte* 1883 Nr. 23 i 24, *Centralbl. f. Chir.* 1884 Nr. 15) Kobieta, lat 42.—Rak.—Cięcie podłużne.—Wyzdrowienie.

36) Kocher (tamże).—Śmierć.

37) Kocher (tamże).—Śmierć.

38) Heincke (*Wien. med. Wochenschrift* 1884, Nr. 17, 18 i 19) Kobieta, lat 40, operowana 19/2 1881.—Nowotwór wyrosły na wewnątrz.—Wyzdrowienie.

39) Czerny (*Wien. med. Woch.* 1884, Nr. 17, 18 i 19) Kobieta, lat 40, operowana 19/2 1884.—Rak dołkowaty naciekły.—Cięcie podłużne w smudze białéj.—Zamknięcie świateł jak pod Nrem 29. — Długość wyciętego kawałka 11 cm. na krzywiźnie większéj, 7,5 cm. na mniejszéj, światło zwężone do średnicy ołówka, zrośnięcia z trzustką a z okrężnicą poprzeczną mianowicie ściśle; kilka gruczołów stwardniałych z sieci wyjęto.—Szew zwężający na krzywiźnie mniejszéj.—10 szwów zwężających w 1szym rzędzie, 16 w drugim i 5 w 3cim. Szew łączący, 7 wewnętrznych, 15 zewnętrznych szwów w 1szym a 15 w 2gim rzędzie.—Szyto jedwabiem.— Operacyja trwała $2\frac{1}{2}$ godziny. — Śmierć w czwartym dniu po operacyi w skutek zgorzeli okrężnicy poprzecznéj w obszarze 9 cm., w którym przy oddzieleniu guza trzeba było krezkę okrężnicową odłączyć. W pozostałą przez to szczelinę wcisnęły się zwoje jelit bardzo nadęte.

40) Czerny (tamże) Mężczyzna, lat 56, operowany 3/3 1884.—Rak dołkowaty wielkokomórkowy.—Cięcie podłużne.—Zamknięcie świateł jak poprzednio przy żołądku, przy dwunastnicy palcami asystenta. — Wycięty kawałek 17 cm. długi na większéj 10 cm. na mniejszéj krzywiźnie. Brzeg cięcia 3 cm. oddalony od schorzałéj części.—Szew zwężający na krzywiźnie mniejszéj.—10 szwów zwężających w 1szym, 14 w drugim rzędzie. Szew łączący: 4 szwy błony śluzowéj, 12 w 1szym, 20 w 2gim rzędzie.— Szyto jedwabiem.— Operacyja trwała $2\frac{3}{4}$ godziny. — Śmierć w siódmym dniu po operacyi w skutek zgorzeli okrężnicy poprzecznéj w długości 5 cm., w jakiéj krezka okrężnicowa przy wyłuszczeniu guza przeciętą została, mimo że okrężnicę 5 szwami do krzywizny większéj przyczepiono, żeby w ten sposób zapobiedz utworzeniu się szczeliny, w którąby się jelita wcisnąć mogły. Po prawéj stronie otok z odmą piersiową, w lewém skrzydle płucném niektóre miejsca zgorzelinowe.

41) Billroth (wzmianka w *Wien. med. Wochenschr.* 1884, Nr. 14) Kobieta, wiek niepodany, operowana 26/2 1884.—Rak.—Wyzdrowienie. Operowaną przedstawił v. Hacker dnia 28/3 1884 w Towarzystwie lekarzy wiedeńskich.

42) Rydygier (w téj pracy) Kobieta, lat 41, operowana 21/7 1884.—Rak włóknisty.—Cięcie w smudze białéj podłużne. — Zamknięcie świateł własnemi uciskadłami elastycznemi.—Długość wyciętego kawałka 20 cm. na krzywiźnie większéj, 10 cm. na mniejszéj. Światło bardzo znacznie zwężone, żołądek rozszerzony. Zrosty z okrężnicą; śródjelicie okrężnicowe trzeba było na 5 cm. oddzielić; okrężnicy poprzecznéj nie wycięto. — Szew zwężający na krzywiźnie mniejszéj. — Szew kuśnierski w tyle w 2, na przodzie w 3 rzędach. — Szyto katgutem.—Operacyja trwała $2\frac{1}{2}$ godziny.—Wyzdrowienie po bardzo dobrym przebiegu. Podług doniesienia późniejszego operowana czuje się zupełnie zdrową.

43) Kuester (*Centralbl. f. Chir.* Nr. 45, ref. w Sekcyi chir. 57 Zjazdu przyrodników) Mężczyzna, lat 61. — Guz z okrężnicą poprzeczną zrośnięty, oddzielono ją w znacznéj długości. — Śmierć w 25 godzin po operacyi. Zgorzel oddzielonéj części jelita.

B) Zestawienie przypadków wycięcia odźwiernika wobec wrzodu.

44) Rydygier (Przegląd Lek. 1881 Nr. 50 i *Berl. klin. Woch.* 1882, Nr. 3) Kobieta, lat 30, operowana 21/11 1881.—Cięcie w smudze białéj poniżéj i powyżéj pępka 10 cm. długie.—Na żołądek założono własne elastyczne uciskadła, z dwunastnicy zdjąć je trzeba było.— Długość wyciętego kawałka w środku $1\frac{1}{2}$ cm., w tyle 5 cm. zrosty z trzustką, któréj część wycięto. — Wyrównanie różnicy świateł przez płatowe wycięcie tylnéj ściany dwunastnicy. — 32 szwów wewnętrznych, a 29 zewnętrznych szwów Czernego; tylny rząd wewnętrznych od wewnątrz zakładano i do wewnątrz wiązano.—Szyto katgutem. — Operacyja trwała $3\frac{1}{2}$ godziny. — Przebieg pomyślny. Dnia 6 pierwszy stolec. Wyzdrowienie w 20 dni po operacyi. Po trzech latach operowanéj powodzi się dobrze; w tym czasie dwa razy porodziła.

45) Lauenstein (*Centralbl. f. Chir.* 1882, Nr. 9) Kobieta, lat 34, operowana 3/1 1882. — Cięcie w smudze

białéj. — Tymczasowa podwiązka na dwunastnicy, a ucisk ręczny na żołądek po otworzeniu i wypłukaniu. — Długość wyciętego kawałka przy krzywiźnie większéj 15 cm., przy mniejszéj 10 cm. Zrosty tylnéj ściany z więzadłem żołądko-okrężnicowém.—Szew zwężający górną część światła żołądkowego. Dwunastnicę przyszyto do krzywizny większéj. — 13 szwów zwężających, łączących. Szew błony śluzowéj i szew Czernego, którego wewnętrzny rząd na tylnéj ścianie od wewnątrz zakładano.— Szyto katgutem Kochera.— Operacyja trwała 5 godzin.—Przebieg w pierwszych 6 dniach pomyślny; potém bóle w żywocie; ciepłota i ilość uderzeń tętna wzmaga się. Śmierć 7go dnia po operacyi. Badanie zwłok: Zgorzel okrężnicy poprzecznéj.

46) Van Kleef (*Nederlands tydschrift voor Geneeskunde* 1882, Nr. 25, *Centralbl. f. Chir.* 1882, Nr. 46) Kobieta, lat 37, operowana 27/1 1882. — Cięcie skośne od strony prawéj i góry ku lewéj i dołowi.—Zamknięcie świateł przez elastyczne uciskadła Rydygiera. —Kawałek wycięty 5 cm. długi, 4,5 cm. szeroki. Światło odźwiernika bardzo zwężone. — Szew zwężający górną część światła żołądkowego. — Szew Lemberta, w części od wewnątrz zakładany. — Szyto jedwabiem Czernego.—Operacyja trwała 1$^3/_4$ godziny.—Wyzdrowienie. Z początku zapad sił, wieczorem wymioty, potém przebieg pomyślny. W czasie publikacyi w skutek błędów dyjetetycznych objawy rozszerzenia i zwiotczenia ścian żołądka.

47) Billroth (doniesienie listowne Dra Wölflera) Mężczyzna, wiek niepodany, operowany w końcu kwietnia 1884.— Oddzielenie odźwiernika od zrostów bardzo trudne.— Wyzdrowienie.

48) Rydygier (w téj rozprawie) Kobieta, lat 48, operowana 2/8 1884.—Cięcie podłużne w smudze białéj.—Zamknięcie świateł własnemi elastycznemi uciskadłami na żołądek; dwunastnicę zamknięto przez to, że ją odciągano w przeciwnym kierunku. — Wycięty kawałek 5 cm. długi, światło odźwiernika bardzo zwężone, żołądek rozszerzony, wrzód w tylnéj ścianie ku górze. — Szew zwężający na krzywiźnie mniejszéj.—Szew kuśnierski w tyle w 2, z przodu w 3 rzędach.— Szyto katgutem.—Operacyja trwała 2$^1/_2$ godziny. —Wyzdrowienie. Zapalenie płuc zakłóciło przebieg zresztą pomyślny.

V. Oceny i sprawozdania.

Prof. E. Ludwig: **Medicinische Chemie.** Wien und Leipzig Urban und Schwarzenberg, 1885, str. 416, cena 6 złr.

Ocenił Dr. Schaitter.

Książka, o któréj mowa, stanie się bez wątpienia nierozłączną towarzyszką każdego uczącego się a nie jeden doświadczony chemik nie pożałuje również, że to skromne, bo zaledwie 416 stronnic liczące dziełko umieści obok Freseniuszów i Goroup-Bezanesów.

W pierwszéj części zebrał L. wszystko, co potrzebném jest początkującemu w rozbiorach ilościowych. Jestto „przewodnik" podobny zresztą do znanego „przewodnika" wydanego przez prof. Czyrniańskiego, jest jednak znacznie obszerniejszym, a co uwydatnić należy, jest zaopatrzony w dodatek, w którym L. tłumaczy przebieg wszystkich przemian chemicznych, powstających w skutek dodawania odczynników według „przewodnika". Oprócz rozbioru jakościowego „na drodze mokréj", zawiera ta część w głównych zarysach rozbiór „na drodze suchéj" i to tak z użyciem dmuchawki, jakotéż płomienia lampy Bunsenowskiéj, jak niemniéj z zastosowaniem analizy spektralnéj, któréj zrozumienie ułatwia czysto wykonana kolorowana tablica z widmami metali i składników krwi. W części drugiéj zestawia autor wszystko z zakresu chemii ilościowéj, co obchodzić może lekarza lub urzędnika zdrowotnego. Rozdział trzeci poświęcony jest dochodzeniom chemiczno-sądowym.

Z dokładnością i rutyną znaną już z licznych prac jego w tym właśnie kierunku obrabia prof. L. kolejno wykrywanie trucizn w dochodzeniach sądowych. Z każdego słowa prawie wyczytać można, że kreślił je chemik, który rzecz przetrawił należycie, najdrobniejszy szczegół, zwłaszcza wśród opisu wykrywania arsenu i kwasu pruskiego, jest tak dokładnie opracowany, że zdaje się wszelka pomoc wprawnego zbyteczną wobec tego opisu i dodanych objaśnień. W dodatku do téj części, w któréj uwzględniono również naukę o ptomainach, opisuje autor badanie plam krwawych, szkoda, że przy téj sposobności nie uczynił nawet wzmianki o odróżnianiu krwi tlenko-węglowéj od zwykłéj.

Zapewne wzgląd na to, żeby dziełka nie uczynić za obszerném, a więc i za kosztowném, zmusił autora do obejścia się z rozbiorami z zakresu higijeny i policyi sanitarnéj nieco po macoszemu w porównaniu z rozbiorami sądowemi, Jeżeli się nie mylimy, ma częściéj lekarz sposobność wykonywania rozbioru w celach higijenicznych lub policyjno-sanitarnych, aniżeli w celach sądowych, gdyż rozbiory ostatnie dostają się najczęściéj chemikom zawodowym. To téż wyznać musimy,- że to jest jedyna może słaba strona dziełka.

W piątéj części dziełka zestawiono systematycznie wszystkie leki chemiczne wraz z wyszczególnieniem sposobów badania ich składu i możliwych zanieczyszczeń. Zbyteczna rozwodzić się nad praktycznością tego rozdziału i to nietylko dla lekarzy powiatowych, lecz również dla aptekarzy.

Papier i druk nie ustępują wcale innym wydawnictwom téj saméj firmy a ilustracyje mogą śmiało iść w zawody ze sławnemi ilustracyjami dzieł chemicznych z nakładu Viewega.

Kundrat: **O zapaleniu żołądka i kiszek wywołaném przez grzybki strupienia woszczynowatego** (*Gastroenteritis favosa*).

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego wiedeńskiego odbytém d. 28 listopada 1884 miał prof. Kundrat wykład o zapaleniu żołądka i kiszek wywołaném przez grzybki strupienia woszczynowatego. U chorego, którego z powodu ogólnego strupienia przedstawiał na jedném z tegorocznych posiedzeń tegoż Towarzystwa prof. Kaposi, a który następnie umarł z powodu zapalenia tkanki podskórnéj dołka kolanowego, wykazała sekcyja następujące zmiany: Obok nacieku tłuszczowego w tkance podskórnéj, sieci, krezce, osierdziu i miernego stłuszczenia wątroby, któreto zmiany, razem wzięte, dowodziłyby, że człowiek ten nadużywał napojów wyskokowych, pokazały się po otwarciu żołądka na błonie śluzowéj liczne płytkie i bardzo drobne ubytki i blado żółte punkciki. Prócz tego znaleziono częścią na wyniosłościach fałdów, częścią na podstawie tychże pokład wypociny żółtéj, włóknikowéj, grubości $^1/_2$mm. i więcéj. Na tylnéj ścianie odźwiernika był takiż pokład wypociny błoniastéj, tylko znacznie grubszy i bardzo silnie do naciekłéj i zaczerwienionéj błony śluzowéj przylegający. W jelicie grubém znajdowała się mocno cuchnąca treść złożona przeważnie z śluzu i ropy a w małéj tylko części z kału. Błona śluzowa okazywała również ubytki wielkości krajcara, jużto odosobnione jużto jak np. w jelicie wstępującém, zstępującém i ślepém,

gęsto obok siebie ułożone. Brzegi tych ubytków ciemnobrunatno zabarwione nie były podminowane a dna ich po większéj części były oczyszczone i żółtawo zabarwione, z wyjątkiem ubytków w kiszce odchodowéj, których dno było pokryte brudno brunatną nekrotyczną tkaniną.

Zmiany te więc były tak charakterystyczne, że już na pierwszy rzut oka nie można było wątpić, iż one polegają na rozwoju grzybków i rzeczywiście znaleziono te grzybki w wielkiéj ilości w strupach a dokładniejsze badanie wykazało, że nie jestto tylko przypadkowe zanieczyszczenie temi grzybkami; bo można je było stwierdzić we wszystkich włóknikowych wypocinach a nawet w częściach nacieklych błony śluzowéj i w częściach obumarłych a więc najbliższych powierzchni. Tworzenie się zarodków widział Dr. Paltauf, jakkolwiek w bardzo małéj ilości i to w najgłębszych warstwach wypociny, t. j. tuż prawie przy ujściach gruczołów. W jelitach nie udało się wykazać grzybków. Mimo tego autor nie waha się uważać zmian w jelitach za produkty zapalenia włóknikowego, wywołanego przez grzybki woszczynowe. Że zaś nie można ich było wykazać, jest rzeczą do zrozumienia łatwą wobec tego, że sprawa w jelitach już daleko postąpiła i wywołała nekrozę i odpadanie tkanin obumarłych a pozostałe jeszcze strupki były tak zmienione pod wpływem rozłożonéj treści jelita, że znalezienie grzybków stało się niemożebne, gdyż uległy już zupełnemu zniszczeniu.

W każdym razie autor czuje się uprawnionym nazwać opisane zmiany *Gastroenteritis favosa*. Chory miał na całém ciele strupienie woszczynowe; nic więc dziwnego, że grzybki dostały się na końce paznogci a ztąd do przewodu pokarmowego. Że jednak mogły się one rozwinąć daléj w przewodzie pokarmowym, trzeba przypisać téj okoliczności, że czynności żołądka i jelit były upośledzone, bo chory, jak sekcyja wykazała, miał chroniczny nieżyt żołądka i kiszek.

Po odczycie Kundrata wywiązała się dłuższa dyskusyja nad tym przedmiotem i tak prof. Kaposi, który miał chorego przez dłuższy czas w swéj klinice, nie mógł znaleźć żadnéj podstawy dla długotrwałéj i uporczywéj biegunki, która chorego męczyła, choć tenże wcale nie gorączkował. Również kiedy chory z powodu zapalenia tkanki podskórnéj oddany został na klinikę prof. Dittla, biegunka nie ustawała. Mając podejrzenie, że zmiany są skutkiem grzybków woszczynowych a z drugiéj strony nie znając nic analogicznego w całéj literaturze, zwrócił się do prof. Csokora z zapytaniem, czy podobne sprawy nie znajdują się u zwierząt; lecz otrzymał odpowiedź ujemną. Prof. Bamberger zastanawia się nad pytaniem, dla czego tego rodzaju sprawy w przewodzie pokarmowym tak są rzadkie, skoro bezwątpienia bardzo często grzybki woszczynowe dostają się do żołądka. Nie jest wprawdzie rzeczą niemożliwą, że w tym razie brak dostatecznéj ilości kwasu solnego sprzyjał rozwojowi grzybków, lecz uważa za prawdopodobniejsze, że nierównie więcéj ułatwiały usadowienie się i rozwój grzybków nierówności i wybujałości błony śluzowéj, powstałe skutkiem nieżytu. Zresztą co do zachowania się tych grzybków w cieczach kwaśnych i alkalicznych, trzebaby przedsięwziąść doświadczenia.

Prof. Ludwig zrobił uwagę, że jeżeli zrobimy za pomocą kwasu solnego sztuczny sok żołądkowy i ciecz tę dłuższy czas zostawimy w spokoju, to tworzy się na wierzchu bardzo gruba powłoka złożona z grzybków, a więc przypuszcza, że rozcieńczony kwas solny nie powinienby powstrzymywać rozwoju grzybków. Docent Weichselbaum twierdzi, że jest rzeczą pewną, iż grzybki pleśniowe rozwijają się w cieczach kwaśnych podczas gdy dwoinki (*Spaltpilze)* tylko w cieczach alkalicznych (*Wiener med. Blätter*, 1884, Nr. 49). *Dr. Otto.*

VI Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie II dnia 9 grudnia 1884 r.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków 9.

1. Przewodniczący zawiadomił o rozesłaniu odezwy do 36 zakładów zdrojowych i klimatycznych, które w roku zeszłym na wezwanie o nadesłanie wiadomości potrzebnych do ułożenia opisu zakładów zdrojowych krajowych nie odpowiedziały. Ostateczny termin nadesłania odpowiedzi naznaczono na dzień 15 stycznia 1885 r.

2. Przewodniczący zawiadomił, że Ministerstwo handlu na podanie Komisyi baln. wniesione w czerwcu rb. o zarządzenie usunięcia niedogodności i zaprowadzenie ulepszeń dążących do wygody gości udających się do naszych zdrojowisk na kolejach galicyjskich, nadesłało odpowiedź po większéj części przyobiecującą zaprowadzenie żądanych ulepszeń.

3. Przewodniczący przedstawił prośbę Towarzystwa starającego się o koncesyję na budowę kolei żelaznéj diagonalnéj z Dobry do Wieliczki, któraby znacznie skróciła drogę do naszych zakładów zdrojowych i klimatycznych, zwłaszcza do Rabki, Zakopanego i Szczawnicy; o poparcie podania do Ministerstwa handlu ze strony Komisyi. Komisyja postanowiła zadość uczynić życzeniu, a do ułożenia podania uprosić szan. prof. Dra Altha.

4. Tenże zawiadomił że Redakcyje czasopism lekarskich *Badezeitung* i *Cursalon* podobnie jak w latach poprzednich nadsełały swe wydawnictwa, a Doc. Dr. Grabowski ofiarował do księgozbioru Komisyi kilkanaście broszur treści balneolgicznéj.

5. Prof. Dr. Olszewski podał wiadomości o składzie chemicznym soli rabczańskiéj podług własnego rozbioru. Sól ta zawiera w 100 częściach:

Chlorku sodu	91.5922
Chlorku potasu	0.6448
Jodku sodu	0.0528
Bromku sodu	0.1404
Siarkanu sodowego	0.0957
Boranu sodowego	1.5619
Węglanu sodowego	1.1809
Węglanu litowego	0.6346
Węglanu barowego	0 0132
Węglanu strontowego	0.3296
Węglanu wapniowego	1.1130
Węglanu magnowego	1.2259
Węglanu mauganezawego	0.0436
Kwasu krzemowego	0.1641
Innych połączeń	0.4001
Ciała organiczne i strata	0.8072
	100.000

Powyższy skład chemiczny wykazał, że sól rabczańska zawiera oprócz głównego składnika chlorku sodu, jeszcze wiele innych składników, które w medycynie jako znakomite leki bywają używane. Do tych zaliczyć należy przedewszystkiem jodek sodu, bromek sodu, węglan litowy, węglan sodowy i boran sodowy. Ilość boranu sodowego dochodziła do 1.56 na 100 części soli. Sól ta powinnaby wyrugować z użycia inne sole podobne z zagranicy sprowadzane, jeżeli tylko cena jéj nie będzie wygórowaną.

W dyskusyi brali udział kol. Warschauer, Murdzieński, Gluziński, Blatteis, Skórczewski i przewodniczący.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Ściborowski.*

VII. Listy z „Zachodniego kraju“.

V.

Skutkiem znacznie powiększającej się liczby farmaceutów a następnie i ułatwień w zakładaniu aptek, przemysł apteczny

w ostatnich latach znacznie się rozwinął w kraju zachodnim. Trudno bowiem znaleźć małe miasteczko lub większą jaką osadę, któreby nie miały apteki.

Przebiegnijmy w kilku słowach historyję i rozwój przemysłu aptecznego w kraju zachodnim. Bądź co bądź powstające przed wiekami klasztory katolickie rozlicznych reguł wnosiły w kraj ten cywilizacyję i oświatę. Zakonnicy po katolickich klasztorach przez długie lata zajmowali się sztuką lekowania, a obok prawa sycenia miodów wyrobili następnie sobie Jezuici przywilej utrzymywaniu szkół świeckich i wydawania dyplomów aptekarskich. Widzimy więc już z tego, że pierwszą szkołą farmacyi u nas były klasztory. Wychodzący z klasztorów dyplomowani farmaceuci na swoją rękę zaczynają trudnić się sprzedażą lekarstw w większych miastach po kramach, jednocześnie z handlem rozlicznych spirytusów i korzeni, od czego pierwszych aptekarzy korzennikami przezywano, a potém zaciągnięto ich jako rzemieślników do oddzielnego cechu. Znany spis lekarstw po kramach korzennych z owych czasów przechodził liczbę 1800, lecz w téj liczbie obok najrozmaitszych kolekcyj ziół, maści i plastrów były i inne przedmioty handlu. Najdawniejsze ślady apteki w kraju zachodnim zapisane są pod datą r. 1622, jak podaje w swych opowiadaniach Jan Chryzostom Pasek o aptece Dobrowolskiego w Wilnie, do któréj to schodziła się szlachta na szklanicę miodu lub starego węgrzyna rozprawiając o swych kwestyjach bieżących. Wilno więc będąc kolebką pierwszéj europejskiéj cywilizacyi kraju naszego i w tym względzie stało na czele dając mu pierwsze apteki W niém to tradycyja po dziś dzień się przechowuje, że tam podobnie, jak w Europie zachodniéj w wiekach średnich, a kiedy kraj cały mało zaludniony pokryty nieprzebytemi lasami stał pustkowiem, żyli już tam owi średniowieczni aptekarze, owi słynni w swoim czasie *pharmocopoli, aromatarii*, owi uosobieni alchemicy, złototwórcy, a zarazem i lekarze. Musiała więc i tam, jak i w zachodniéj Europie i we Włoszech istnieć zwyczaj, że w pewne dni rok rocznie przygotowywano na rynkach w obec municypalności miejskiéj i tłumów zebranego ludu rozliczne maści i plastry przy pewnych obrzędach nawet religijnych i obchodach godowych. Rok 1764 staje się pamiętnym u nas dla dziejów farmacyi, aptekarz przestaje być kramarzem, korzennikiem na Litwie, a w klasztorach i aptekach wzbronioną zostaje sprzedaż trunków. W Królestwie to prawo przypada znacznie późniéj, bo zaledwie w r. 1808 ogłoszone zostaje przez Dyrekcyję lekarską za czasów W. Księstwa Warszawskiego.

Powstanie zaś lepiéj urządzonych aptek, podlegających już niejakiéj państwowéj kontroli, a odpowiadających mniéj więcéj już naszym nowożytnym wymaganiom, przypada w Wilnie na r. 1758, to jest na czas otwarcia w niém apteki dla publicznego użytku przez Jezuitów w Akademii Wileńskiéj, która w r. 1781 przechodzi pod naukową dyrekcyję Jana Emanuela Giliberta, autora znanéj „flory litewskiéj", a nauczyciela naszego znakomitego botanika Jundziłła, który przeniósł się do Wilna z Grodna, dokąd pierwotnie był wezwany z Montpellier na profesora do szkoły lekarskiéj, krótko lecz świetnie tam reprezentowanéj, a założonéj przez znakomitego obywatela Antoniego Tyzenhausa, a która obok wszechnicy Wileńskiéj i liceum Krzemienieckiego miała być trzecią najwyższą szkołą, jakie istniały w kraju zachodnim. Od tego czasu liczba aptek w Wilnie zaczyna się stopniowo powiększać, i z tych to po dziś istniejących tam małych i starych aptek, a ozdobionych godłami łabędzia, gwiazdy, orła i t. d. wyszli na dalekie kresy zachodniego kraju pierwsi uprawiacze farmacyi i założyciele pierwszych aptek w kraju naszym. Trudna wprawdzie była początkowa ich egzystencyja na prowincyi; lud nieprzyzwyczajony jeszcze do leczenia z podziwieniem i niedowierzaniem spoglądał na aptekarzy, a w braku lekarzy ci ostatni zastępowali najczęściéj ich miejsce, apteki zaś przez nich utrzymywane były kramami zawierającemi obok maści i plastrów, rozliczne korzenie, migdały, rodzynki, figi, cukier, mydło, świece i inne artykuły potrzebne do kuchni lub dla codziennego użycia. Większość aptek powstałych początkowo w kraju zachodnim odniosła się do pierwszych dziesięcioleci bieżącego wieku. Oprócz swych czysto fachowych zajęć pierwsi aptekarze na prowincyi byli poniekąd i czynnikami cywilizacyjnemi zamieszkując głuche i odległe okolice, stanowiąc obok księży i lekarzy miejscową inteligencyję, a wspomnienia wyniesione z Wilna zaszczepiali w ogól szlachty na prowincyi zamieszkałéj, opowiadali anegdoty o profesorach i tamtejszych stosunkach i wyryli mimowolnie w sercach potomnych obraz téj zeszłéj bezpowrotnie doby złotéj naszego umysłowego życia i świetne imiona jéj mistrzów, a jakie i dziś krążą w towarzystwach prowincyjonalnych często w legendowéj, spaczonéj i nieprawdziwéj formie, co nieraz można usłyszeć z ust niejednego poczciwego, łatwowiernego szlachcica, który nie zajrzał nawet przez całe życie za granicę swéj gubernii, lub nawet powiatu. Trzeba oddać sprawiedliwość w ogóle wychowańcom szkoły Wileńskiéj za miłość i przywiązanie, jakie wynieśli dla niéj z murów uniwersyteckiego miasta, a które umieli zaszczepić potém tłumom, wśród których pracowali.

Farmacyja oddawna stanowiła u nas zajęcie dla młodzieży szlacheckiéj, ubogiéj i mniéj zdolnéj, był to, że tak się wyrażę, jedyny handel, którym i szlachta nie uważała jako rzecz poniżającą się zajmować. Lecz od czasu, gdy wymagania postąpienia na ucznia do apteki znacznie się zwiększyły, liczba się zmniejszyła, témbardziéj, że silną konkurencyją dla niéj jest młodzież żydowska, cisnąca się do aptek i stająca się potém jéj właścicielami, a która po dziś dzień w swych postępowaniach i usposobieniach różni się u nas od chrześcijan. Znaczna część aptek, która przeszła do rąk żydowskich, szczególniéj w gubernijach litewskich nie umiała zyskać dobréj reputacyi. Od czasu jak żydzi wzięli się do farmacyi, wzmogło się partactwo i datuje się upadek naszych aptek. W gubernijach południowo-zachodnich żydzi znajdują silniejszą konkurencyję w szlachcie, która nie wypuszcza z rąk swoich aptek, które tu dają większe dochody, aniżeli na Litwie, z powodu zamożniejszéj ludności.

Dawniéj studyjowanie farmacyi u nas było daleko przystępniejsze. W początkach bieżącego stulecia uczeń był razem służącym usługującym aptekarzowi w domu, a w wolnych chwilach oddającym się nauce. Potém wymagano już od ucznia ukończenia dwóch klas gimnazyjalnych, teraz zaś przyjmują tylko tych co ukończą cztery klasy. Po przebyciu trzech lat obowiązujących w aptece po praktyce uczniowie dopuszczani są do egzaminu na subjekta v. pomocnika prowizora, któryto stopień czyni już go odpowiedzialnym za przygotowanie lekarstw. Po dwuletniéj praktyce subjekt ma prawo postąpić na kursa do Uniwersytetu jako słuchacz farmacyi, które dawniéj trwały rok, obecnie dwa lata, poczém zdaje egzamin na prowizora. Najwyższy stopień wymagający oddzielnego egzaminu i obrony dysertacyi jest magistra farmacyi, którego zwykle poszukują farmaceuci dla uzyskania posady profesorskiéj. Pomocnik prowizora pobiera zwykle

płacy od 25 do 30 rs., a prowizor od 40 do 50 rs. miesięcznie.

Apteki funkcyjonujące obecnie w państwie Rosyjskiem dzielą się na tak zwane: 1) Normalne, który otwieranie zależy przeważnie od przedstawienia gubernatora i od decyzyi departamentu medycznego ministeryjum spraw wewnętrznych. Apteki te zwykle funkcyonują po miastach, obowiązują właściciela do przechowywania najmniéj 1,200 leków, podlegają ściśléj kontroli inspektora lekarskiego w każdéj gubernii, i mogą być tylko zarządzane i pozostawać na odpowiedzialności prowizorów farmacyi. 2) Filije apteczne mogą być zarządzane przez pomocników prowizorów i stanowią część pierwszych, tak samo i oddziały apteczne pozostające przy szpitalach majątkowych, fabrykach, szpitalach kolei żelaznych, tylko że tym ostatnim wzbroniona jest sprzedaż lekarstw i 3) Wiejskie apteczki założone dla załatwienia sprzedaży lekarstw w szpitalnych oddziałach, jak również dla dogodności wiejskiéj ludności. Apteki wiejskie według przepisów od dwóch lat istniejących na prośbę ziemstw w guberniach Wielkorosyjskich dla ułatwienia sprzedaży lekarstw po szpitalach, które dotąd tego prawa nie miały, mogą być otwierane po wsiach o 7 wiorst jedna od drugiéj za pozwoleniem gubernatora, obowiązane są utrzymywać nie więcéj niż 300 leków, nie obowiązane są prowadzić ksiąg recept, i nie podlegają przez to takiéj kontroli jak apteki normalne i mogą być zarządzane przez pomocnika prowizora. Pomimo jednak dobrego celu, w jakim zostały założone apteki wiejskie, w kraju zachodnim przynajmniéj nie osiągnęły swego zadania. Przy coraz powiększającéj się liczbie farmaceutów jednocześnie nie zwiększa się proporcyjonalnie liczba leczących się i przy funkcyjonowaniu gdzie tylko można po miasteczkach aptek normalnych farmaceuci świeżo ukończeni nie znajdując dla siebie zajęcia, uzyskują z łatwością od gubernatorów pozwolenie do założenia wiejskich aptek gdzieś we wsi lub w lichéj mieścinie i albo coś zarobiwszy odsprzedają innemu aptekę dla braku w niéj czynności, lub zupełnie ją porzucają, a sami uzyskują prawo założenia znowu gdzieś innéj tejże saméj kategoryi. Są tacy handlarze, co mają po kilka aptek a tyleż innych pospieszyli się już odsprzedać. Handel ten aptekami demoralizująco wpływa z wielu względów, raz na stan aptek samych, które i tak już przy zbyt ograniczonym obrocie nie mogą pomyślnie się rozwijać, powtóre że zawsze są farmaceuci mniéj praktyczni, którzy padają ofiarą podstępu nabywając lub kupując aptekę a w końcu niejeden z farmaceutów widząc, że apteka nie daje mu nie tylko olbrzymich zysków, jakich się spodziewał, ale nawet nie wystarcza na skromne utrzymanie, musi z potrzeby pełnić obowiązki lekarza dla zysków, spełniać mniejsze rękoczyny chirurgiczne i dopuszczać się partactwa, jak to słyszałem od naocznego świadka, jak aptekarz tego rzędu ściągał z jarmarku chorych włościan, opatrywał wziernikiem kobiet, wysłuchiwał i opukiwał, i w ten lub inny sposób oszukiwał łatwowiernych tłumacząc się tém przed świadkiem, który mu to ganił, że śmierć głodowa zmusza go do fuszerstwa. Niejeden znowu z farmaceutów nowo kreowanych aptek w danych okolicznościach przemienia ją na kram, gdzie się sprzedają i robią lekarstwa według recept z największém oszustwem a gdzie nieraz odbywa się potajemna sprzedaż spirytualiów. Widzimy więc, że stan obecny aptek wiejskich w naszéj prowincyi nie wzbudza zaufania publiczności, przynosi uszczerbek lekarzom prowincyjonalnym, a również i dla aptek normalnych uczciwie funkcyjonujących, względem których jest rażącą niesprawiedliwością, bo te wymagają znaczniejszego kosztu utrzymania a przy jednakich prawach sprawia im ogromny ubytek.

Oto jest ilość aptek w kraju naszym istniejących, według gubernij spisanych według cyfr w Medicińsk. spiskie za 1884 r.

Gubernije.	normalne.	aptek. wiejsk.	filije.	apteczne oddziały.
Kowieńska	49	13	2	„
Wileńska	32	11	1	1
Witebska	33	6	1	2
Grodzieńska	36	14	1	„
Mohylewska	30	9	1	„
Mińska	37	11	1	„
Wołyńska	62	6	1	„
Kijowska	80	18	„	8
Podolska	75	18	2	1
Ogół. aptek w kraju zach.	434	106	10	12

Z przytoczonéj tabeli widzimy, że stosunkowo do swego zaludnienia największą ilość aptek z dziewięciu gubernij posiadają dwie północne, Kowieńska i Wileńska, które przeważnie pozostają w rękach farmaceutów żydów, w południowych gubernijach przeważnie liczba aptekarzy żydów jest bardzo ograniczoną, choć ostatniemi laty zaczęła się po większać.

Aptekarze nasi nie mają tyle możności zbierania fun duszów, jak to się praktykowało przed laty, bo współczesna medycyna, schodząc do użycia kilkunastu środków, jak chinin, digitalin, morfin i t. d. wywołała tém samém z użycia dawne przeróżne zioła i korzenie, które zeschłe i bez użytku walają się na dachach aptek lub w ich składach materyjałów Dla tego nie jeden ze starych farmaceutów z westchnieniem wspomina te czasy wileńskie, w których panowie profesorowie Frank i Śniadecki przepisywali chorym w ogromnych ilościach dekokty, lub korzenie, i zioła krajowe dla dekoktów lub nastojów, które nie jeden popijał dla oczyszczenia krwi lub spędzenia humorów „podczas majowéj kuracyi".

Nie mało dziś chorym przyczynia trudności w leczeniu podniesiona od paru lat jeszcze wyżéj niż dawniéj taksa apteczna, odejmująca chęć leczenia się ubogim, a ograniczająca zyski aptek. Mamy nadzieję, że znowu mająca wejść w życie nowa taksa aptekarska bardziéj uwzględni interes publiczności, a zarazem będzie miała na względzie i same apteki, w Rosyi szczycące się tak słusznie należną reputacyją.

Jan Iłgowski.

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Dochody lekarskie. Podczas gdy w Wiedniu dochód roczny 100,000 zła. jest dochodem, którym zaledwie parę koryfeuszów szczycić się może, jakkolwiek wielu i tę kwotę uważa za mocno przesadzoną, Péan w Paryżu ma zarabiać rocznie 6—700,000 franków, Spencer-Wells w Londynie, który za niektóre ze swych 100 owaryjotomij miał otrzymać po 120 do 140,000 zła., jest tak bogatym, że podczas swego 8 dniowego pobytu na Zjeździe w Kopenhadze sprowadził konie i ekwipaże z Londynu i wydawał dziennie 1200 zła., Koeberle zaś w Strasburgu za jednę szczęśliwą operacyję otrzymał od księżniczki hiszpańskiéj pół milijona franków, które stały się podwaliną jego bogactwa! (*W. a. med. Ztg.*).

* **Berlin.** Na jedném z ostatnich posiedzeń sejmu niemieckiego przy sposobności obrad nad budżetem Urzędu zdrowia (wynoszącego 125,850 marek rocznie) na interpelacyję jednego z posłów, czy nowsze doświadczenia w sprawie cholery praktycznie dadzą się spożytkować lub już spożytkowane zostały, imieniem Rządu radca tajny Köhler odrzekł, że w skutek nowszych badań istota cholery została o tyle rozjaśnioną, że jako pra-

wdopodobną przyczynę zarazy wykazano prątek, a obecnie pracuje się nad poznaniem właściwości tego prątka i wykryciem środków do zwalczenia go. W tym celu pierwszém zadaniem Rządu było, aby dostateczna liczba lekarzy zapoznała się z metodą wykrycia prątka, a dotąd już 150 lekarzy i radzców lekarskich brało udział w odnośnych kursach. Osiągnięto przez to rezultat ten, że w razie pojawienia się cholery w Niemczech rozpoznanie natychmiastowe pierwszego przypadku jest zapewnionêm, a okoliczność ta wielkiéj jest wagi, albowiem rozpoznawszy pierwszy przypadek można go odosobnić i uczynić nieszkodliwym, podczas gdy późniéj, gdy więcéj przypadków się pojawia, zwalczenie ich jest rzeczą trudniejszą i większego zasobu środków wymagającą. Następnie Rząd na podstawie najnowszych badań zarządził odpowiednie środki ostrożności tak od strony morza jako i lądu; kontrola okrętów przybywających z przystani podejrzanych była ścisłą, również i dozór nad podróżnymi, lądem przybywającymi z krajów podejrzanych, był praktykowany, jednak tę korzyść osiągnięto przez badania nowsze, że można było zaniechać uciążliwych i ruch tamujących kwarantan i przesadnych desinfekcyj. (*W. a. med. Ztg.*)

* **Cholera** wybuchła znów w Gaëcie (w Neapolitańskiém).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 4—10 stycznia zmarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 34,4. Z odry umarło 1 (1 z. t.); z płonicy 2 (1 z. t.); z błonicy 0 (3 z. t.); z krztuśca 2 (1 z. t.); z duru brzusznego 3 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 2 (4 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach odry, 3 płonicy, 3 krztuśca, 1 błonicy. W tygodniu od 28 grudnia do 3 stycznia umarło z ospy w Londynie 33, leczyło się w szpitalach 1105, świeżo zapadło 186. W Bazylei i Petersburgu umarło z ospy po 1, w Odesie i Aleksandryi po 2, w Pradze i Warszawie po 4, w Paryżu 5, w Wenecyi i Lizbonie po 8, w Rzymie 10. Odra panuje w Amsterdamie, Glasgowie, Kopenhadze i Bukareszcie, płonica panuje w Amsterdamie. Z duru osutkowego umarło w Murcyi, Saragosie i Palmie po 1. Z cholery umarło od 28 grudnia do 3 stycznia troje, w szpitalach było 3. W Kalkucie umarło od 9—16 listopada 17 z cholery.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 28 grudnia do 3 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 44,6; w Warszawie 28,9; w Poznaniu 24,8; w Pradze 28,5; w Berlinie 21.5; w Hamburgu 27,2; w Gdańsku 24,0; we Wrocławiu 26,4; w Mnichowie 29,5; w Dreźnie 27,5; w Lipsku 27,8; w Genewie 19 2; w Amsterdamie 26,1; w Hadze 22.2; w Paryżu 26,6; w Londynie 24,9; w Kopenhadze 30,6; w Chrystyjanii 21,5; w Petersburgu 28,4; w Odesie 27,6; w Rzymie 26,6; w Wenecyi 30,0; w Bukareszcie 25,2; w Lizbonie 23,7; w Aleksandryi 32,7; w Nowym Yorku 27,6; w Filadelfii 20,9. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

Dr. Tadeusz Żuliński
ur. 1839 w Krakowie † 1885 we Lwowie.

I znów, po raz drugi w ciągu paru tygodni stoimy nad świeżą mogiłą; i znów śmierć nieubłagana wyrwała z grona naszego kolegę zacnego, zdolnego, pracowitego, kolegę, który wiele przecierpiał i przebolał, ale z tych cierpień wyszedł zahartowany, gotowy zawsze do walki o byt — nie swój własny, lecz bliźnich, ochoczy do pracy dla dobra społeczeństwa, w którém żył, wolen od wszelkiego egoizmu a pełen miłości i poświęcenia dla przyjaciół, dla ludzkości. Dziwném zrządzeniem losu w 3 tygodnie zaledwie po Piotrowskim po krótkiéj chorobie podąża za nim pierwszy jego asystent i współpracownik, a zgon jego dotknął wszystkich tém dotkliwiéj, im mniéj był spodziewany! Pół roku temu, jak na Zjeździe poznańskim spotkaliśmy się po wielu latach z przyjacielem starym i kolegą uniwersyteckim; byłto jeszcze ten sam skrzętny i nieznużony pracownik, jakim okazał się w młodości; włos jego przyprószony, czoło poorane, ale umysł świeży, układający plany na przyszłość, mające na celu zdrowie fizyczne i umysłowe ludu naszego. Odznaczony wyborem na wiceprezesa Zjazdu, serdecznie witany przez nestora naszego Szokalskiego, do którego zbliżyła go wspólna praca koło wyświecenia zasług Jędrzeja Śniadeckiego, brał Żuliński udział żywy w pracach sekcyi medycyny publicznéj i był jéj główną podporą. A teraz pożegnał nas, licząc lat 46 zaledwie, żałowany i opłakiwany nietylko przez kolegów i przyjaciół, ale przez całe społeczeństwo stolicy, któréj reprezentacyja uchwaliła pogrzeb jego własnym urządzić kosztem i postawić mu pomnik, do wzniesienia którego przyczyni się i Wydział krajowy. Przy zwłokach, zarzuconych wieńcami, młodzież akademicka odbywała straż i ona téż przestrzegała porządku podczas pogrzebu, w którym wzięły udział stowarzyszenia i korporacyje wszystkie, oraz duchowieństwo wszystkich wyznań. Prawdziwą dumą napawa nas to dobrowolne uznanie i uczczenie zasług obywatela skromnego, który nigdy nie gonił za poklaskiem i popularnością, a napawa nas dumą, bo obywatel ten był lekarzem lekarzem w najpiękniejszém słowa znaczeniu: gotowym do usług dla biednych cierpiących, a pracującym ciągle nad sobą i podążającym za postępem umiejętności. A był nadto śp. Żuliński lekarzem, posiadającym rozległe wykształcenie ogólne, niezaskorupiającym się wyłącznie w drobnostkach, lecz szerszy mającym pogląd na wszystkie kwestyje, człowieka wykształconego obchodzące. Nie osłabiony ani na ciele, ani na duchu, legł jak żołnierz na pobojowisku i pozostawia po sobie pamięć niepokalaną człowieka zacnego, a hołd, który cichym jego zasługom składa stolica w sposób tak niezwykły, każdy uznaje za dobrze zasłużony, ktokolwiek miał sposobność poznania wielkich zalet i szlachectwa duszy zmarłego niestety przedwcześnie dla przyjaciół i kraju. Jakkolwiek w życiu swojém nie wiele zaznał przyjemności a dużo kosztował goryczy, to przynajmniéj otoczony czcią i wdzięcznością, spocznie on teraz w téj ziemi, którą tak niewymownie miłował, a za którą przez lat wiele z nad brzegów Sekwany tęsknić nie przestawał.

Śp. Tadeusz Żuliński urodził się w Krakowie w r. 1839, gdzie uczęszczał do szkół średnich i studyja uniwersyteckie odbywał w Kijowie, Pradze czeskiéj i Krakowie. Otrzymawszy stopień doktora medycyny w Uniw. Jagiell. pełnił obowiązki asystenta przy katedrze fizyjologii aż do r. 1863; uwięziony i wydalony następnie z Państwa austryjackiego udał się do Paryża, gdzie poświęcił usługi swoje lekarskie głównie biednym rodakom i żywy wziął udział w założeniu Tow. lekarzy polskich. Po powrocie do kraju osiadł we Lwowie, otrzymawszy posadę chemika przy szpitalu powszechnym. Prace jego ogłoszone w języku francuskim i polskim tyczyły się głównie higijeny, któréj oddawał się z wielkiém zamiłowaniem, a do ostatniéj chwili życia redagował czasopismo *Przewodnik gimnastyczny*. W ostatnich latach ogłosił dwie większe prace: „O Jędrzeju Śniadeckim“ (w Poznaniu) i o tytoniu (w Przegl. Lek.).

* **Lwów. Walne Zgromadzenie Delegatów Tow. lek. gal. odbędzie się we Lwowie d. 14 lutego br., w sobotę o godz. 10éj przedpołudniem.**

W Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal. odbyły się 17go b. m. wybory na rok bieżący. Przewodniczącym Sekcyi wybrany Dr. J. Merunowicz, zastępcą przewodniczącego Dr. O. Widman, sekretarzem naukowym Dr. J. Wiktor, gospodarzem A. Littich, członkami bióra Drowie Bylicki, Pawlikowski i Madejski.

Sekcyja wykonana przez prof. Feigla na zwłokach ś. p. Tadeusza Żulińskiego stwierdziła w zupełności rozpoznanie lekarskie, a mianowicie znacznego stopnia stłuszczenie serca i przepuklinę pachwinową z następowém zaczopowaniem żyły udowéj prawéj i zatorami w płucach, wreszcie znaczny wysięk zapalny w jamie opłucnowéj prawéj.

* **Warszawa.** Czytamy w *Gazecie Lekarskiéj*: Dowiadujemy się, iż zmarły we wrześniu r. z. prof. J. Natanson zapisał bardzo duży fundusz na cele dobroczynne. Otóż mądrze zrozumiawszy myśl szlachetną testatora, rodzina zmarłego zamierza obrócić znaczną część téj sumy na zasiłek dla mającego się wybudować szpitala żydowskiego. Musimy przyklasnąć temu projektowi ofiarodawców, gdyż przyczynienie się do wzniesienia budynku, który długie lata przynosić będzie zdrowie tysiącom biednych, prócz spełnienia woli testatora, stanowić będzie wspaniały pomnik dla zmarłego filantropa.

* **Praga czeska.** Przewodniczącym „Spolku českých lékařů“ na rok bieżący wybrany został prof. Dr. Schöbl a jego zastępcą prof. Dr. Maixner.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Dr. baron Pfungen potwierdzony został jako docent prywatny patologii nerwów a Dr. Dalla Rosa, docent prywatny anatomii opisowéj w Wydziale niem. w Pradze, otrzymał potwierdzenie ważności docentury swéj i w Wydziale lek. wiedeńskim. Docent prywatny Dr. Fürth mianowany został członkiem Rady szkolnéj dolno-austryjackiéj. — **Lipsk.** Profesorem anatomii patolog. mianowany został Birch-Hirschfeld.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 3: Prof. Piotrowski. Wspomnienie pośmiertne przez W. Kamockiego; Frejdensona: Przyczynek do kazuistyki przeciwgorączkowego działania antypiryny; Modrzejewskiego: O zapaleniu ucha środkowego)dok.); — W *Medycynie* Nr. 3: Schaittera: O kwestyi przeżycia (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. W. KAMOCKI: Über die Entstehung der Bermannschen tubulösen Drüsen. (Odbitka z „Intern. Monatschr. f. Anat. u. Hist.) in 8vo str. 11 z tabl.

*** W ostatniéj chwili dowiadujemy się, że Dr. Józef Brodowicz zakończył życie, a pochowanie zwłok odbędzie się w niedzielę popołudniu.**

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	" 4 " 40 "	" " " " 3 "	" 8 "	" 12 "
	Kwartalnie	" 2 " 20 "	" " " " 1½ "	" 4 "	" 6 "

Kraków, 31 stycznia 1885. **№ 5.** Rok XXIV.

I. Z zakładu Patologii doświadczalnéj prof. Dra Adamkiewicza.

O przyrodzie drżenia i odruchów ścięgnistych.

Podał Dr. Jan Prus,
asystent tegoż zakładu.

Prof. Adamkiewicz w pracy swéj o ucisku mózgu (Zob. Przegląd Lek. 1884. Nr. 25, 26, 27. Rozprawy Akad. wiedeń. umiejętn. Tom. LXXXVIII. Zeszyt październikowy 1883) wykazał, że odruchy ścięgniste, podwyższając się w miarę wzrastającego ucisku mózgu, przebiegają pewne charakterystyczne okresy i wyradzają się wreszcie w samoistne drżenie (*tremor*). Okresy te przypadają w zakres drugiego stopnia ucisku mózgu. Wiadomo, że wspomniany autor, obaliwszy teoryję Bergmanna o ucisku mózgu opartą na nieściśliwości tkanki nerwowéj, rozróżnił trzy stopnie ucisku mózgu. Pierwszy stopień ujęty jest w granicach ściśliwości mózgu; cechuje go zaś przebieg utajony. Tkanka mózgowa dzięki swéj ściśliwości znosi ten stopień ucisku bez najmniejszego zaburzenia w swych fizyjologicznych czynnościach. Jeżeli jednak ucisk przekracza tę granicę, wtedy funkcyje tkanki uciśniętéj zaczynają cierpieć i występują różne objawy chorobowe, zależne naturalnie od miejsca ucisku. Jestto właśnie drugi stopień ucisku mózgu. Ucisk jest tu już za wielkim, aby mu ściśliwość tkanki nerwowéj bezkarnie oprzeć się zdołała, jest jednak jeszcze za słabym, aby mógł zniszczyć tkaninę mózgową. Działanie jego określa prof. Adamkiewicz jako działanie molekularne, to znaczy, że wpływ ucisku sięga aż do najdrobniejszych cząsteczek, nie rozrywa ich atoli jeszcze z wzajemnego ich związku. Trzeci stopień ucisku równa się wprost mechanicznemu zniszczeniu tkaniny. — Otóż w miarę tego jak potęguje się drugi stopień ucisku, wywartego na „ośrodki dla wyobrażeń o ruchach“ (*Fühlsphäre*), podwyższają się stopniowo odruchy ścięgniste, przechodząc w końcu w samoistne drżenie.

Oparłszy się na téj podstawie doświadczalnéj, zalicza prof. Adamkiewicz drżenie do odruchów ścięgnistych i uważa je za najwyższy stopień spotęgowanych odruchów ścięgnistych.

Twierdzenie to jest nieposledniéj doniosłości. Rzuca ono bowiem światło na tak ciemną dotychczas jeszcze kwestyję, jaką jest w ogólności przyroda drżenia. Zarazem podsuwa ono nam pytanie, czy drżenie z innego powodu powstałe, a nie skutkiem ucisku mózgu, jest również wyrazem spotęgowania się odruchów ścięgnistych?

Powszechnie wiadomo, jak rozliczne są przyczyny drżenia. Wpływ zimna lub silnego bólu na ustrój, różne wzruszenia psychiczne, przestrach, trwoga, gniew i t. p., podeszły wiek, przewlekłe zatrucie wyskokiem, rtęcią, ołowiem, niektóre choroby rdzenia lub mózgu, jak n. p. stwardnienie mózgu i rdzenia, porażenie kurczowe, niektóre formy zapalenia rdzenia, drżączka i t. d., łączą się z różnemi postaciami drżenia. Nie od rzeczy będzie wspomnieć na tém miejscu, że od właściwego drżenia odróżnić należy tak zwane drgania włókienkowe, które pojawiają się w mięśniu po przecięciu odpowiedniego nerwu obwodowego. Już tu, już tam kurczą się pojedyńcze wiązki mięśniowe, w skutek czego powstaje nieregularne trzęsienie się i falowanie w mięśniu. Bardzo wybitnie widać te drgania włókienkowe na języku po przecięciu nerwu języko-ruchowego. Są one wyrazem postępującego zwyrodnienia włókien nerwowych. Zmiany odbywające się w nerwie, ulegającym zwyrodnieniu, sprowadzają podwyższoną pobudliwość nerwu tak, że nawet bardzo słabe bodźce, które w stanie zdrowia nie wywołują żadnego drażnienia, jak n. p. sprawy odżywienia i krążenia, wystarczają teraz do wywołania skurczu pojedyńczych włókienek mięśniowych. Naturalnie, że drgania włókienkowe nie mogą sprowadzić żadnéj zmiany w położeniu, gdy tymczasem drżenie, cechujące się równoczesną czynnością wszystkich włókien poszczególnego mięśnia i zajęciem nieraz rozlicznych grup mięśniowych, wywołuje zawsze ruch, t.j. zmianę w położeniu członków, odnóg i t. p. — Bez wątpienia, że

wspomniana różnorodność przyczyn wywołujących drżenie sprawiała dotychczas najwięcéj trudności w należytém poznaniu i ocenieniu przyrody drżenia.

To też nic dziwnego, że literatura w odnośnym kierunku jest nadzwyczaj szczupłą i że zdania, jakie dotychczas o przyrodzie drżenia istniały, ująć się dadzą w maleńkie ramki.

Van Swieten (*Commentaria*, Paryż 1771) był pierwszym, który się pokusił o fizyjologiczne wytłumaczenie obu rodzai drżenia, określonych jeszcze przez Galena jako 1) τρεμος t. j. drżenie przy porażeniu i 2) jako παλμος, t. j. drżenie przy kurczach. Według niego występuje pierwszy rodzaj drżenia tylko przy zamierzonych ruchach i jest wyrazem niedołężności bodźca, wywołującego skurcz mięśni. Dla tego też nazwał to drżenie *tremor a debilitate.* Druga zaś postać drżenia nieustępującego nawet wtedy, kiedy chory leży spokojnie w łóżku, polegać ma na peryjodyczném drażnieniu ośrodków nerwowych, ma być zatém objawem kurczowym, *tremor coactus.*

Nie wiele odmienniéj wypowiedział Gubler (*Archives générales de médecine.* Tom XV. 1880) swe zapatrywanie co do przyrody drżenia, uwydatniając nadto, że w pewnych przypadkach polega drżenie na przemiennych skurczeniach i zwiotczeniach mięśni. Różnica między prawidłowym skurczem mięśnia a tym rodzajem drżenia zasadza się według niego na tém, że podczas gdy skurcze mięśnia w pierwszym razie przychodzą do skutku niespostrzeżenie i bez przerw w ruchu, to przy tém drżeniu widoczną jest niejednostajność ruchu, a mięsień kurczy się w przerwach, jak gdyby był co chwilkę popychanym. Tę postać drżenia nazwał Gubler *astasia muscularis*, w przeciwwstawieniu do drżenia nieustannego.

Jak widzimy, tłumaczenia powyższe były raczéj opisaniem i rozbiorem drżenia. Dopiero badania Magendiego i Volkmanna wskazały właściwą drogę, jaką obrać należy w celu wyjaśnienia przyrody drżenia. Jest nią droga doświadczalna.

Volkmann stwierdził najprzód, że przez słabe drażnienie elektryczne rdzenia pacierzowego wywołać można drżenie. Onimus zauważywszy, że u kaczek po zniszczeniu, małéj części móżdżku pojawiało się ciągłe rytmiczne drżenie głowy, wskazał, że móżdżek, będący jego zdaniem narządem, który kieruje napięciem mięśniowém, może być przyczyną drżenia. Eulenburg przekonał się, że po wypłukaniu półkuli mózgowéj u królika występuje drżenie po przeciwnéj stronie ciała.

Również na podstawie doświadczeń wykonanych na zwierzętach oparł następnie Freusberg (*Archiv f. Psychiatrie u Nervkrkht.* Tom. VI. 1875 str. 57) swe zdanie o przyrodzie drżenia. Niejednokrotnie stwierdził on, że u psów po przecięciu rdzenia pacierzowego w wysokości ostatniego kręgu piersiowego drżały tylne łapki. Drżenie to można było wywołać już to przez obmycie łapek zimną lub letnią wodą, przez drażnienie elektryczne lub mechaniczne skóry, już też powstawało ono czasem samowolnie, potęgując się przy każdym odruchu. Samowolne drżenie występowało najwybitniéj po podskórném wstrzyknięciu strychninu (2 mgr.) psom poprzednio operowanym przed pojawieniem się kurczów tężcowych. Doświadczenia te wykazały dowodnie, że drżenie jest czynnością ośrodkowego układu nerwowego. Freusberg roztrząsa następnie pytanie, jaką rolę odgrywają przy drżeniu mięśnie przeciwnicze. Jego zdaniem zachowują się mięśnie przeciwnicze w niektórych formach drżenia biernie, w innych zaś czynnie. Mając na pamięci doświadczenie Volkmanna, że przez drażnienie nerwu obwodowego prądem przerywanym w pewnych odstępach czasu wywołać można rytmiczne skurcze mięśnia, naśladujące zupełnie drżenie, przypuszcza, że w niektórych formach drżenia nie biorą mięśnie przeciwnicze żadnego udziału. Zalicza tu te przypadki, w których drżenie jest wypływem osłabienia lub znużenia ośrodków nerwowych, n. p. drżenie starcze, drżenie przy dłużéj trwającym, wytężonym skurczu mięśni i t. p. W większéj zaś liczbie przypadków współdziałają przy drżeniu także mięśnie przeciwnicze. Na dowód przytacza, że kurcze kloniczne, — które bez wątpienia polegają na przemiennych skurczach pewnéj grupy mięśni i grupy przeciwniczéj, — przechodzą czasem w drżenie i na odwrót drżenie zamienia się nieraz w kloniczne kurcze. Ta okoliczność wskazuje nadto, że ta forma drżenia różni się tylko stopniowo od kurczów klonicznych, podobnie jak między nimi a kurczami tężcowemi zachodzi tylko stopniowa różnica. Wreszcie wspomina, że oprócz tych dwóch rodzai drżenia istnieje jeszcze jedna postać, polegająca na peryjodycznych wahaniach w innerwacyi. Przyczyny wywołujące drżenie ujmuje również w trzy grupy. Do pierwszéj grupy zalicza wszystkie te bodźce, które wywołują jakąś zmianę w układzie naczyniowym. Pod wpływem zimna w okresie dreszczów zwężają się naczynia skóry, — silny ból działa odruchowo na naczynia, — przestrach, trwoga i t. p. łączą się ze zblednieniem lub zaczerwienieniem twarzy i t. d. Do drugiéj kategoryi należy drżenie, będące wyrazem znużenia lub osłabienia narządu ruchowego, n. p. drżenie starcze. Trzecią grupę stanowi to drżenie, które się pojawia w chwili wykonywania jakiegoś ruchu.

Według Brückego (Rozprawy wiedeń. Akad. umiej. Tom LXXVI. Str. 237. *Über willkürliche und kramphafte Bewegnngen)* polega drżenie w swéj najprostszéj i najogólniejszéj postaci tylko na tém, że rozbrojenia podniety woli (*Entladung)*, za pomocą których wykonywamy i regulujemy nasze ruchy, nie odpowiadają dokładnie swemu celowi. Dla tego też można drżenie usunąć przez ćwiczenie. Początkujący strzelec, rysownik i t. p. zyskują z każdym dniem na pewności ręki. Spostrzeżenie, że wtedy, kiedy mięśnie mają wykonać większą pracę, zwiększa się drżenie, tłumaczy Brücke tém, że regulacyja ruchów jest tém trudniejszą, im silniejszemi być muszą poszczególne rozbrojenia. Przy znużeniu mięśniowém powiększa się drżenie jużto dla tego, że rozbrojenie podniety woli w pojedyńczych włóknach nerwowych następuje z mniejszą regularnością, już też z powodu, że w pierwocinach nerwowych, potrzebujących wytchnienia, są rozbrojenia rzedsze, ale zarazem silniejsze w celu osiągnięcia tego samego skutku. Drżenie przy wzruszeniach psychicznych odnieść należy, jego zdaniem, do niedostatecznéj regulacyi rozbrojeń z powodu równoczesnych gwałtownych zajść w ośrodkowym układzie nerwowym.

Nie myślę tu wcale zapuszczać się w krytyczny rozbiór przytoczonych zapatrywań. Natomiast postaram się o nowe dowody, świadczące za słusznością zdania prof. Adamkiewicza, — zdania, że drżenie jest spotęgowaniem się odruchów ścięgnistych.

Ponieważ atoli przyroda odruchów ścięgnistych jest jeszcze trochę wątpliwa, musimy przeto najprzód poświęcić kilka słów téj kwestyi.

Jak wiadomo Erb, a z nim bardzo wielu autorów, zalicza odruchy ścięgniste do fizyjologicznych odruchów

w ścisłém tego słowa znaczeniu. Według tego więc są one wyrazem przeniesienia się dośrodkowo biegnącego pobudzenia nerwów czulnych na nerwy ruchowe, przewodząc to pobudzenie w kierunku odśrodkowym i mają pod względem fizyjologicznym równorzędne znaczenie jak n. p. kichanie, kaszel, zwężanie się źrenicy przy wpadaniu silniejszego światła do oka i t. p. Tymczasem Westphal uważa odruchy ścięgniste za wyraz mechanicznego tylko wstrząśnienia mięśnia przy uderzeniu jego ścięgna. Z téj zasady wychodząc potępia nazwę „odruchów ścięgnistych“ jako niewłaściwą, posługując się wyrazami: „objaw kolanowy“, „objaw stopowy“. Aby wstrząśnienie mechaniczne ścięgna wywołane przez uderzenie tegoż mogło się udzielić aż mięśniowi i zrodzić objaw kolanowy, muszą być spełnione zdaniem Westphala, trzy niezbędne warunki: 1. Mięsień musi posiadać pewien stopień fizyjologicznego napięcia (*tonus*) 2. jego ścięgno, a względnie sam mięsień musi być do pewnego stopnia mechanicznie naprężonym, a 3. ścięgno powinno posiadać zdolność swobodnego wykonywania drgań poprzecznych. Jako dowód przytacza odnośnie do pierwszego warunku, że jeżeli fizyjologiczne napięcie mięśniowe zmniejsza się, czyli innemi słowy, jeżeli mięsień posiada nadmierną wiotkość (n. p. w uwiądzie rdzenia pacierzowego), to nie można przez uderzenia ścięgna wywołać skurczu mięśnia, — a przeciwnie wtedy, kiedy napięcie zwiększa się (n. p. w porażeniu kurczowém) wystarcza bardzo słabe nawet wstrząśnienie ścięgna do wywołania objawu kolanowego i stopowego — i że wreszcie w razie najsilniejszego skurczu mięśnia (n. p. w tężcu) objawy w mowie będące nie mogą przyjść do skutku. Że drugi warunek, to jest pewien stopień mechanicznego naprężenia ścięgna, jest koniecznym, ma świadczyć brak objawu kolanowego przy forsownem wyprężeniu podudzia (ścięgno rzepkowe jest podówczas zwiotczałe) a następnie ta okoliczność, że objaw kolanowy pojawia się dopiero wtedy, gdy naprężenie ścięgna rzepkowego wzrośnie do pewnego stopnia, n. p. przez zgięcie kolana pod kątem prostym i że znika, skoro naprężenie przekroczy pewną granicę, n. p. przy forsownem zgięciu kolana. Trzeci warunek jest wprawdzie niemal identycznym z poprzednim, gdyż, aby ścięgno drgać mogło, musi być naprężonem do pewnego stopnia; ze względu jednak, że drganiu ścięgna przeszkodzić mogą niektóre okoliczności — jak n. p. znaczna obfitość tkanki tłuszczowéj w sąsiedztwie, nadmierna krótkość ścięgna i t. p., uważa Westphal spełnienie również tego warunku za nieodzowne.

Przeciw téj teoryi Westphala świadczył najwymowniéj fakt, że u królika tak po przecięciu nerwu udowego Schulze i Fürbringer — (*Centralblt. f. d. medic. Wiss.* 1876) jako też po zniszczeniu 6go korzenia tylnego lędźwiowego (Czirjew — *Arch. f. Psych. u. Nervkrk.* Tom VIII). znikały odruchy ścięgniste w odpowiednéj łapce. Nie szczędziłem trudu, aby się sam przekonać o prawdziwości tych spostrzeżeń, wskazujących na odruchową przyrodę objawu kolanowego. Zarzut ten odpiera atoli Westphal bardzo sprytnie twierdząc, że przez przecięcie nerwu udodowego lub korzeni tylnych rdzenia niszczy się fizyjologiczne napięcie mięśni, że więc w ten sposób odpada pierwszy najważniejszy czynnik konieczny do powstania objawu kolanowego. Spostrzeżenie zaś, że przy uderzeniu jednego tylko ścięgna, n. p. rzepkowego, kurczą się czasem inne odległe mięśnie a nawet po stronie przeciwnéj, — tłumaczy udzieleniem się mechanicznego wstrząśnienia za pośrednictwem kości miednicowych na inne mięśnie.

Aby się przekonać, czy zasadnicza podstawa nauki Westphala jest prawdziwą, przedsięwziąłem następujący szereg doświadczeń. U królika uśpionego eterem przeciąłem rdzeń w wysokości ostatniego, tj. 12 kręgu piersiowego w celu wyłączenia wszelkich ruchów dowolnych w łapkach tylnych i odsłoniłem mięsień czterogłowowy uda wraz z więzadłem rzepkowém. Stwierdziwszy obecność wybitnych odruchów ścięgnistych przy uderzeniu ścięgna rzepkowego oddzieliłem je od kości goleniowéj i odłączyłem dolną połowę mięśnia czterogłowowego od kości udowéj. Położywszy wolny koniec ścięgna na szczypczykach przekonałem się, że skurcz mięśnia czterogłowowego mimo braku naprężenia można było wywołać zawsze przez uderzenie zwiotczałego ścięgna, skorom tylko zgiął łapkę w stawie kolanowym. Następnie uwiązałem dolny koniec ścięgna na mocnéj nitce. Jak długo łapka była wyprostowaną nie udało mi się wywołać odruchu ścięgnistego ani przez szarpanie nitki, ani też przez uderzanie téjże lub ścięgna naciąganego z różną siłą. Skoro jednak łapkę zgiąłem w stawach, pojawiły się zaraz odruchy tak w jednym, jak i drugim razie — i to nie tylko w zakresie mięśnia czterogłowowego, lecz także w mięśniach przywodzących uda, a nawet w mięśniach grzbietu.

Z tych doświadczeń wynika, że do wywołania objawu kolanowego naprężenie ścięgna rzepkowego, względnie mięśnia, nie jest koniecznym warunkiem — a powtóre, że zgięcie kolana musi mieć inne znaczenie przy powstawaniu odruchów ścięgnistych, niż to Westphal i inni utrzymują. Przy odciętém bowiem ścięgnie rzepkowém od kości goleniowéj zgięcie kolana nie ma żadnego wpływu na naprężenie tegoż ścięgna.

Aby być wolnym od zarzutu, że przez uderzenie ścięgna rzepkowego wstrząsa się całą miednicą, do któréj tak wiele różnych mięśni przyczepia się i że właśnie skutkiem tego wstrząśnienia kości następuje skurcz odległych mięśni, postąpiłem sobie w następujący sposób. (Dok. nast.)

II. Rzadki przypadek powtórnéj laparotomii z powodu niedrożności jelit [1].

Podał prof. Dr. A. Obaliński w Krakowie.

Zapewne przypomną sobie szanowni Czytelnicy Przegl. Lek. pierwszy z moich sześciu przypadków ogłoszonych w Nrach 49 i 50 tegoż pisma z ubiegłego roku, z tak pomyślnym przebiegiem, iż młody pacyjent w 10 dni po laparotomii zupełnie zdrów w dniu 29 września 1884 opuścił zakład. Ten sam pacyjent zgłosił się w dniu 16 stycznia rb. z prośbą, aby go ratować tak jak pierwszym razem, gdyż znów jest podobnie chorym. Zapytany o bliższe szczegóły opowiada, że na tydzień przed przybyciem do szpitala, a więc około 8 stycznia rb., zaczął go znowu, podobnie jak pierwszym razem, brzuch pobolewać, co gdy się coraz bardziéj wzmagało a stolca nie było, zniewoliło go udać się do lekarza, który i tym razem różnych używał środków czyszczących, przedewszystkiem lawatyw wydatnych za pomocą przyrządu Hegara, lecz w końcu widząc bezskuteczność tego postępowa-

[1]) Opowiadany na drugiém styczniowém posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego rb.

nia radził powtórnie poddać się operacyi, w którymto celu pacyjent w powyżéj wymienionym dniu na mój oddział się zgłosił.—Zestawiwszy te daty anamestyczne ze stanem znalezionym przy badaniu, a mianowicie z brzuchem znacznie wydętym i cieniujące się pętle jelitowe wykazującym, z brakiem stolca od tygodnia, nudnościami i odbijaniem obok braku podwyższenia ciepłoty ciala musiałem przyjść do przekonania, że tym razem mam do czynienia z tém samém cierpieniem co i przed czterema miesiącami, tj. że jest niedrożność jelita wywołana najprawdopodobniéj skrętem niezwykle przedłużonego i ruchomego jelita esowatego.—Gdy chory zgodził się na proponowaną sobie powtórną laparotomiję, przystąpiłem natychmiast, tj. 17go stycznia rano o godzinie 9téj, do wykonania téjże. Po ukończeniu wszystkich należytych przygotowań i dokładném obmyciu pola operacyjnego, poprowadziłem cięcie o 1 cm. na lewo i równolegle do dawniejszéj w linii białéj przebiegającéj blizny. Otrzewnę znalazłem bladoróżową a w niéj mierną ilość płynu surowiczego jasno cisawego, po odpłynięciu którego odszukałem odrazu kiszkę esowatą, już mi z poprzedniéj laparotomii jako przyczyna niedrożności znaną, którą też rzeczywiście znowu znalazłem okręconą około podłużnéj osi swego nader wydłużonego śródjelicia. —Tak ta przerzeczona pętla, jakoteż widoczne pętle jelit cienkich znacznie rozdęte, same się z rany na zewnątrz wypychające. Celem wykonania odkręcenia jelita esowatego musiałem część jelit cienkich wydobyć na zewnątrz a gdy ich wydęcie było powodem trudnego napowrót wprowadzenia tychże, użyłem tak jak pierwszym razem probierczego trójgrańca, aby naprężenie to znieść. Tym razem jednak snać były jelita silniéj rozdęte, a może i do pewnego stopnia porażone, gdyż otwór w ścianie jelita po wyjęciu trójgrańca nie chciał się zamknąć, tak, iż zmuszony byłem za pomocą szwu krzyżowego i kilku szwów Lembertowskich miejsce to zabezpieczyć. Po dokładném oczyszczeniu rozczynem sublimatu (1:2000) odprowadzono jelita i brzuch zaszyto. Gdy tym razem nie pokazał się stolec odrazu po odkręceniu, jak to miało miejsce podczas pierwszéj laparotomii, przeto jeden z asystujących wprowadził rękę do rzyci i w ten sposób kiszkę do wydalenia kału pobudził w dowód, że przyczyna niedrożności została rzeczywiście usunięta. Dalszym tego dowodem były odchodzące późniéj wiatry i stolec dobrowolny obfity w nocy z 17 na 18 stycznia. Stan chorego nie pozostawiał nic do życzenia; bóle ustały, tętno 80 na minutę, zupełna swoboda twarzy, ciepłota 38·2.—Stan ten utrzymywał się przez cały dzień 18 stycznia, dopiero w nocy na 19 zaczął się pacyjent skarżyć na ból i wzdęcie brzucha, osłabienie, któreto przypady w ciągu dnia następnego coraz bardziéj się wzmagały, tętno słabło, odnogi ziębły aż w nocy z 19 na 20 stycznia wreszcie chory życie zakończył.

Przypuszczałem, że zapalenie otrzewny septyczne powstało tu może w skutek pęknięcia szwów na ów otwór po punkcyi założonych i w następstwie dostania się kału do jamy otrzewny.

Oględziny jednak zwłok dokonane w zakładzie prof. Dra Browicza inną wykazały nam przyczynę, mianowicie spostrzeżono po otwarciu jamy brzusznéj następujący stan: w głębi pomiędzy jelitami i w małéj miednicy znaczną ilość płynu żółtawego kałem cuchnącego; jelita osobliwie po stronie prawéj wypociną włóknikową ze sobą pozlepiane. Miejsce w jelicie biodrowém, gdzie było wykonane nakłócie, było oddaloném od kątnicy na przeszło 30 cm. i przedstawiało się jako wyniosły po nad powierzchnię jelita naciek w otrzewnéj wielkości orzecha laskowego, szczelnie ów otwór zatykający. Gdy więc tędy kał nie mógł się wydostać na zewnątrz, trzeba było szukać innego otworu, który rzeczywiście znalazł się ukryty w samym kącie w jelicie biodrowém na trzy palce po nad ujściem jego do kątnicy długości $1\frac{1}{2}$—2 cm. a szerokości $\frac{1}{2}$ cm. o brzegach strzępiastych. Jelito w miejscu tém rozcięte i od strony błony śluzowéj obejrzane okazywało w miejscu przebicia wrzód o brzegach ostro ciętych podminowanych. Najbliższy gruczoł limfatyczny powiększony do wielkości orzecha tureckiego na przekroju rdzenną istotą wypełniony. Śledziona w dwójnasób powiększona, krucha. Kiszka esowata niezwykle długa bo szczytem łuku około 60 cm. długiego aż w okolicę pęcherza sięgająca z łatwością daje się przez podwójne okręcenie sprowadzić do owego patologicznego ułożenia (*volvulus*), znalezionego przy obydwu laparotomijach, przyczém sprostować tu natychmiast muszę, że dopiero przy sekcyi pokazało się, iż skręt ten dotyczył tylko saméj kiszki esowatéj a nie téjże razem z kiszką zstępującą i poprzeczną jak to w skutek trudnéj oryjentacyi podczas operacyi się zdawało.

Przypadek ten poucza nas: 1) że po wykonanéj laparotomii nie powstają żadne zrosty nawet w miejscu, gdzie robiono nakłócia tak, iż wcale przez to chorego nie zabezpieczamy przed powtórzeniem się choroby. Myślałem wprawdzie już przy pierwszéj laparotomii o przytwierdzeniu niezwykle wydłużonéj pętli esowatéj do przedniéj ściany brzusznéj, lecz wykonanie tego zamiaru w obec nader rozdętych jelit, których samo wprowadzenie do jamy brzusznéj przedstawiało znaczne trudności i wymagało niezwykłych środków, jak punkcyi jelita, nie wydało mi się tak łatwém jak np. przyszycie ruchoméj nerki przez Hahna proponowane i wykonane, gdzie stan jelit prawidłowy żadnych przeszkód nie przedstawia. Oprócz tego wstrzymywała mnie od przedsiębrania tego i ta okoliczność, że przez niestósowne utwierdzenie takiéj pętli mógłbym dać powód do powstania szczeliny pomiędzy pętlą a ścianą brzuszną, w któréj inne pętle jelita, np. cienkiego, mogłyby być uwięźniętemi.

Natomiast dokładne rozpatrzenie się w stosunkach pomienionego stanu patologicznego kiszki esowatéj w niniejszym przypadku po dwakroć za życia, a po raz trzeci przy obdukcyi naprowadza mnie na myśl: 1) że jedynie resekcyja kawałka kiszki esowatéj wraz z jego wydłużoném śródjeliciem mogłaby po należytéj enterorafii najlepiéj odpowiedzieć zamierzonemu celowi; 2) poucza nas daléj, że nasz pacyjent byłby i tym razem przebył szczęśliwie zabieg operacyjny, gdyby podczas gojenia się nie było powstało przebicie jelita przez wrzód durzycowy. Nadto uważam w niniejszym przypadku sprawę durzycową jako taką, która wywołała prawdopodobnie po raz wtóry niedrożność jelit a to w ten sposób, że przy rozdęciu jelit towarzyszącém durzycy ułożyła się kiszka esowata tak, jak przy operacyi znalezioną została.

Że w naszym przypadku w takim niestosunku stoją do siebie przebieg choroby przedoperacyjny i szczegóły znalezione przy oględzinach zwłok, wytłumaczyć mogę tylko przypuszczeniem owéj najlżejszéj formy duru zwanéj *typhus ambulatorius*, w któréj chorzy oddają się po największéj części swéj pracy zawodowéj i tylko bardzo osłabionymi się czują, a o któréjto formie słusznie wyraża się Kunze, iż anatomicznie tylko wtenczas bywa stwierdzoną, gdy następuje przebicie wrzodu i w skutek tego śmiertelne zapalenie otrzewny. Dopiero w ostatnich czasach udało się nam chirurgom

Tablica I.

Numer doświadczenia	Czas w kwadransach po upływie którego od zjedzenia białka aspirowano	Stopień kwaśności na 100	Próba na HCl	Próba na peptony	Próba na śluz	Zachowanie się wobec kw. oct. i żelasinku potasu	Czas ukończenia sztucznego trawien.: samej treści	z dodatkiem 0·1% HCl	UWAGA
Doświad. I.	1	1	—	śladzik	—	opalizac.	—	9 godz.	cała ilość kawałków białka mało-co nadtrawionych
	2	2·4	—	„	—	„	—	5 „	dość znaczna ilość kawałków białka
	4	0·8	—	„	—	—	—	12 „	kilka kawałków białka
	6	0·4	—	—	—	—	—	10 „	ani strzępka białka
Doświad. II.	1	2·4	—	ślad	—	opaliz			sporo kawałków białka
	2	4·8	ślad	„	—	„			kilka kawałków białka
	3	3·6	—	„	—	—			kilka strzępków białka
	4	alk.	—	—	ślad	—			ani strzępka białka
Doświad. III	1	1·6	—	ślad	—	—	—		znaczna ilość kawałków białka
	2	7	ślad	„	—	—	12 g.	—	skąpa ilość kawałków białka w postaci swojéj znacznie zmienionych
	3	1·4	wyraźny	„	—	—	6 g.	—	zaledwie strzępki białka
	4	2·6	—	—	—	—	—	6 g.	ani strzępka białka
Doświad. IV	1	13·2	wyraźny	ślad	—	zmącenie	5 g.		liczne kawałki trochę nadtrawione
	2	20	„	„	—	opaliz.	$2^1/_2$ g.		kilka kawałków nadtrawionych
	4	12·8	„	„	—	—	5 g.		zaledwie strzępki białka
	5	7·6	d. wyr.	—	—	—	7 g.		ani strzępków białka
Doświad. V.	2	20·4	b. wyr.	wyraźny	—	zmąc.	4 g.	—	mierna ilość kawałków białka nadtrawionych
	4	23.6	„	„	—	„	3 g.	—	nieliczne drobne kawałki
	6	17·6	„	ślad	—	—	$2^1/_2$ g.	—	kilka strzępków
	8	6·4	ślad	—	—	—	5 g.	—	ani strzępka białka

Tablica II.

Numer doświadczenia	Czas w kwadransach po upływie którego od zjedzenia białka aspirowano	Stopień kwaśności lub alkaliczności	Próba na HCl	Próba na pept.	Próba na śluz	Zachowanie się wobec kw. oct. i żelasinku potasu	Czas ukończenia sztucz. trawienia: samej treści	z dodat. 0·1% HCl	Jak zachowywały się kawałki białka	UWAGA
I. Kle.	2	4·4	?	ślad	—	zmące.	—	6 g.	znaczne ilości kawałków	Kobieta l. 30 zamężna, od 3 miesięcy po każdém jedzeniu gniecenie w okolicy żołądka, wymioty; łaknienie upośledzone, odżywienie podupadłe.
	3	8·2	ślad	„	—	„	9 g.	„	„	
	4	21	wybit.	wyraź.	—	„	6 g.	„	mniej liczne	
	5	10·8	„	„	—	„	9 g.	„	skąpe	
	6	6·2	ślad	ślad	—	—	12 g.	„	ani kawałka	
	7	2·4	—	—	—	—	—	„	„	
II. Ns.	2	5·4	ślad	wyraź.	—	zmąc.			cała ilość	Kobieta l. 18 podobne przypady od dwóch tygodni.
	4	13·6	wyraź.	„	—	„	5 g.		znaczna ilość	
	6	10	„	„	—	opaliz.	„		kilkanaście mocno nadtrawionych strzępków	
	8	8	„	ślad	—	—	„		„	
	9	1·2	—	—	—	—	—	5 g.	ani strzępka	
III. Krz.	1	2	—	wyr.	—	zmęc.	—		cała prawie ilość	Kobieta l. 26 od kilku lat ból w okolicy żołądka i wymioty po jedzeniu.
	2	8	ślad	„	—	„	$4^1/_2$ g.		„	
	3	11·6	wyr.	„	—	„	3 g.		znaczna ilość	
	6	10·4	„	„	—	opaliz.	6 g.		kilka kawałków	
	8	10·2	„	ślad	—	„	„		strzępki	
	9	2·6	—	—	—	—	—	8 g.	ani strzępka	
IV. Pą.	2	2	—	ślad	—	opaliz.	—	5 g.	znaczne ilości	Mężczyzna l. 24 *Atrophia musculorum progressiva.* Po jedzeniu gniecenie w okolicy żołądka.
	4	8	wyr.	„	—	zmąc.	6 g.	—	mniéj liczne	
	6	6·5	śladzik	„	—	„	24 g.	—	skąpa ilość	
	7	4·4	—	„	—	—	—	4 g.	tu i owdzie strzępki	
	8	obojęt.	—	—	ślad	—	—	12 g.	ani śladu	

Numer doświadczenia	Czas w kwadransach po upływie którego od zjedzenia białka aspirowano	Stopień kwaśności lub alkaliczności	Próba na HCl	Próba na pept.	Próba na śluz	Zachowanie się wobec kw. oct. i żelazinku potasu	Czas ukończenia sztucz. trawienia: samej treści	Czas ukończenia sztucz. trawienia: z dodat. 0·1% HCl	Jak zachowywały się kawałki białka	UWAGA
V. Mar.	2	0·8	—	ślad	ślad	—	—	7 g.	cała ilość prawie	Rozstrzeń żołądka (*Ga-*
	4	1·2	-	„	—	—	—	5 g.	„	*stroectasia*) w skutek zwęże-
	6	0·4	—	śladzik	ślad	opaliz	—	5 g.	„	nia odźwiernika po przeby-
	8	alk. 0·4	—	—	„	„	—	20 g.	kilka drobnych kawałk.	tém zapaleniu otrzewny
	10	alk. 1·6	—	—	—	—	—	—	kilka strzępków	u mężczyzny l. 28 mając.
VI. Nau.	1	alk. 0·6	—	—	—	—	—	24 g.	cała ilość prawie	
	2	oboj.	—	—	—	—	—	„	„	Kobieta l. 32 od dłuż-
	4	1·6	—	ślad.	—	—	—	$2\frac{1}{2}$ g.	„	szego czasu brak zupełny
	8	0·4	—	—	—	—	—	„	znaczna ilość prawie	łaknienia, przypady nie-
									nienadtrawiona	strawności.
	12	alk. 1·6	—	—	ślad.	—	—	12 g.	ani strzępka białka	
VII. Spi.	2	14·6	wyr.	wyr.	—	zmąc.	$6\frac{1}{2}$ g.	—	mierna ilość	Mężczyzna l. 26 gniece-
	3	17·6	„	„	—	opatr.	3 g.	—	„	nie w okolicy żołądka, ła-
	4	19·6	„	„	—	„	4 g.	—	ślad strzępków	knienie prawidłowe.
	6	1·2	—	—	—	—	—	3 g.	ani śladu	
VIII. Ps.	2	15·4	wyr.	wyr.	—	zmąc.	4 g.	—	mierna ilość	
	3	19·2	„	„	—	„	5 g.	—	skąpa ilość	Mężczyzna l. 40 przy-
	4	21·2	„	ślad	—	opaliz.	4 g.	—	zaledwie strzępki	pady niestrawności od dłuż-
	5	12·4	„	—	—	„	3 g.		„	szego czasu.
	6	2	—	—	—	—	—	3 g.	ani strzępka	
IX. Kl.	2	16·8	wyr.	wyr.	—	zmąc.	6 g.	—	znaczna ilość	Mężczyzna l. 24 brak
	4	28·8	b. wyr.	„	—	opaliz.	5 g.	—	„	apetytu, gniecenie, odbija-
	6	24	„	ślad.	—	„	4 g.	—	kilkan. strzęp. kawałk.	nie i bóle głowy po jedze-
	8	12·8	„	„	—	„	5 g.	—	„	niu. Ślad żółtaczki na biał-
	10	2.8	—	—	—	—	—	5 g.	ani śladu	kówkach.
X. Ks.	1	5·4	ślad	ślad	—	zmąc.	—		znaczna ilość	Mężczyzna l. 26 zupełny
	2	12·4	wyr.	wyr.	—	„	$4\frac{1}{2}$ g.	—	„	brak łaknienia, ciągłe od-
	3	17·2	„	„	—	„	6 g.	—	„	bijania, usposobienie hypo-
	5	23	„	„	—	„	8 g.	—	dość spora ilość strzę-	chondryczne, badanie fizy-
									piastych kawałków	czne wykazuje ślad żółta-
	7	23·2	„	„	—	opaliz.	7 g.	—	„	czki i rozszerzenie granic
	9	10	ślad	ślad	—	—	$6\frac{1}{2}$ g.	—	kilka kawałecz. strzęp.	żołądka.
	10	3	—	—	—	—	—	6 g.	ani śladu	
XI. Pu.										Mężczyzna l. 27 rozsze-
	2	18·8	wyr.	wyr.	—	opaliz.	$3\frac{1}{2}$ g.	—	znaczna ilość	rzenie żołądka znacznego
	4	24	„	„	—	zmąc.	3 g.	—	znaczna ilość nadtraw.	stopnia w skutek zwężenia
	6	23·6	„	„	—	„	2 g.	—	„	odźwiernika po wrzodzie
	8	26·4	„	„	—	„	2 g.	—	„	okrągłym żołądka (*ulcus*
	12	13·2	„	ślad	—	—	$4\frac{1}{2}$ g.	—	skąpa ilość	*ventriculi rotundum*). Silne
	14	6	ślad	—	—	—	5 g.	—	ani śladu	bóle, palenie w żołądku w
										2—3 godzin po zjedzeniu.
XII. Ki.	2	9·2	ślad	wyr.	—	—	8 g.	—	b. znaczna ilość	
	4	40·8	b. wyr.	„	—	opaliz.	2 g.	—	b. znacz. iloś. strzęp. kaw.	Mężczyzna l. 23 przy-
	8	37·6	„	„	—	—	$2\frac{1}{2}$ g.	—	„	padek zupełnie podobny
	14	33·2	„	„	—	—	2 g.	—	zaledwie strzępki	jak XI.
	18	7·2	ślad	ślad	—	—	7 g.	—	ślad strzępków	
	20	4·3	?	—	—	—	9 g.	—	ani śladu	
XIII. Kr.										*Dilatatio ventriculi in-*
										gent. grad. propter steno-
	2	7·4	ślad	wyr.	—	—	9 g.	—	cała ilość	*sim pylori post peritonit.*
	14 godzin	24·4	„	„	—	—	„	—	kawałki nadtrawione	*circumscriptam e choleli-*
	(całą noc)									*thiasi.*
										Kobiet. l. 63.
XIV. Ka.	2	alk. 0·2	—	—	—	—	—	24 g.	znaczna ilość	Kobieta l. 48 *Carcinoma*
	4	oboj.	—	—	—	opaliz.	—	„	„	*ventriculi.*
	8	„	—	—	—	„	—	25 g.	„	
XV. Wi.	2	alk. 1·2	—	—	—	—	—	12 g.	znaczna ilość	Mężczyzna l. 52 *Carci-*
	4	alk. 1	—	—	obecny	opaliz.	—	8 g.	„	*noma ventriculi.*
	10	alk. 0·8	—	—	—	—	—	$4\frac{1}{2}$	„	

chorobę tę uchwycić na gorącym uczynku, jeżeli się tak wyrazić wolno, mianowicie przy laparotomii. Czy innym chirurgom zdarza się to tak często, nie wiem, przynajmniéj nie znajduję tego w literaturze; lecz tu u nas w Krakowie zdarzyło się to już kilka razy, albowiem kol. Mikulicz wykonał laparotomiję w przypadku przebicia się treści jelit przez wrzód do otrzewny, ja zaś obok dopiero co opisanego przypadku skonstatowałem durzycę poprzednio nierozpoznaną także w trzecim z moich poprzednio ogłoszonych sześciu przypadków u Bronisławy B., u któréj kiszka uwięźnięta przez taśmę i z niéj uwolniona przy laparotomii pękła podczas wprowadzenia do jamy brzusznéj. Sekcyja wykazała, że pęknięcie nastąpiło w miejscu wrzodu durzycowego.

Jeżeli więc uwzględnimy, że tyfus może stać się pośrednią przyczyną niedrożności, że on bywa zazwyczaj lekkim a więc przeoczyć się dającym, że w końcu formie téj durzycy towarzyszą pojedyncze ale głębokie i przebiciem grożące wrzody jelita biodrowego w pobliżu kątnicy, to płynie dla nas nauka, aby przy każdéj laparotomii, przedsięwziętéj z powodu niedrożności jelit, obejrzeć także okolicę kątnicy i najbliższego odcinka jelita biodrowego, chociażby i przeszkoda odszukaną i usuniętą już była, a to celem przekonania się, czy nie ma miejsca grożącego przebiciem, które w takim razie mogłoby być wyciętém i zaszytém. Na odwrót znaleziona perforacyja jelita nie uwalnia nas jeszcze od przeszukania jamy brzusznéj, w któréj możemy znaleźć jeszcze i właściwą przyczynę niedrożności.

III. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Doświadczenia podjęte w celach klinicznych nad zachowaniem się istot białkowatych w żołądkach ludzkich fizyjologicznych i chorobowo zmienionych.

Przez

Dra W. A. Gluzińskiego, I asystenta kliniki lek. i Dra W. Jaworskiego, docenta Uniw. Jagiell.

(Rzecz w streszczeniu przedstawiona na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu i na posiedzeniu Tow. lek. krak. w d. 3 grudnia 1884 przez Dra Gluzińskiego).

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

Wynik doświadczeń naszych nad grupą żołądków z nadmiernem wydzielaniem kw. solnego stoi nieco w sprzeczności z pojęciami o prawidłowym soku żołądkowym. Treść żołądkowa zawierająca sporo kw. solnego, prawidłową pepsynę, dużo wytwarzających się peptonów, przecież uważaną bywa za prawidłową i wykazanie w soku pacyjenta znaczněj ilości HCl możnaby uznawać za bardzo pożądane. Tak jednak, jak widzieliśmy, nie jest i musimy jeszcze raz podnieść, że nadmierna ilość HCl i znaczna ilość peptonów są zboczeniami chorobowemi, a przyczyną ich główną jest późne wydalenie, które z jednéj strony pozwala przez dłuższy przeciąg czasu drażnić błonę śluzową żołądka, a z drugiéj strony nie opróżnia żołądka z produktów trawienia. Cechy więc, jakie, opierając się na dotychczasowych doświadczeniach, przyjętoby dla bardzo dzielnego soku żołądkowego, są właściwie cechami żołądka patologicznego.

Do rozbioru pozostają jeszcze dwa przypadki dotyczące nowotworu rakowatego, w których przez cały ciąg trawienia wyciągnięta treść oddziaływała obojętnie lub alkalicznie, a więc nie zawierała HCl, dowodem czego było téż, że żołądki te wcale nie peptonizowały. Jestto wprawdzie za mała liczba przypadków, aby, opierając się na nich, wypowiedzieć zdanie o trawieniu w żołądkach dotkniętych nowotworem rakowym. Wobec jednak sporu między Veldenem (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*, t. XXIII, str. 369, XXV, str. 105 i XXVII, str. 186) i Ewaldem (*Z. f. klin. Med.*, 1880, str. 418), z których pierwszy twierdził, że w żołądkach z rozstrzenią w skutek zwężenia rakowatego odźwiernika nie wydziela się HCl, drugi zaś temu zaprzeczał, przechylić się raczéj moglibyśmy na stronę Veldena a to tém rychléj, że nie jednorazowe, ale systematyczne badanie w różnych czasach trawienia w naszych przypadkach kw. solnego ani peptonów nie wykryło. Rzecz ta ze względu na swoją doniosłość dyjagnostyczną w przypadkach wątpliwego rozpoznania potrzebuje jeszcze bliższego zbadania na większéj liczbie przypadków i w rozmaitych, t. j. wcześniejszych i późniejszych, okresach rozwoju nowotworu [1]).

Skończyliśmy w ten sposób uwagi nad dokonanemi doświadczeniami w celu poznania choć w zarysie trawienia istot białkowatych w żołądkach ludzi dotkniętych przypadami chorobowemi tego narządu. Zbierając razem porozrzucane uwagi możemy powiedzieć:

1. Ze względu na trawienie istot białkowatych możemy podzielić żołądki chorobowo zmienione na peptonizujące i niepeptonizujące;

2. Główném zboczeniem w obydwóch działach jest opóźnione wydalanie, według niego nastraja się chemizm trawienia;

3. W żołądkach peptonizujących znajduje się HCl, który wśród całego aktu trawienia zachowuje w ogólnych zarysach to samo prawidło co w stanie fizyjologicznym;

4. W szczegółach prawidło to jest różne, maximum przypada znacznie późniéj, a opadanie nastaje średnio wolniéj i idzie w prostym stosunku do wydalania;

5. Wszystkie żołądki badane wydzielały pepsynę, nawet te dwa, w których HCl nie można było wykazać;

6. Ze względu na stopień kwaśności dają się żołądki podzielić na *a)* z małą kwaśnością, *b)* z dużą kwaśnością i *c)* oddziaływające obojętnie lub alkalicznie;

7. To ostatnie oddziaływanie odnosi się tylko do przypadków nowotworu rakowatego i zdaje się, że sok żołądków nowotworem rakowatym dotkniętych przynajmniéj w późniejszych okresach HCl nie zawiera;

8. Nadmierne wydzielanie HCl jest częstokroć cechą żołądków patologicznych a nie fizyjologicznych;

9. Upośledzone wydalanie wpływa na nagromadzenie w żołądkach, szczególniéj z dużą kwaśnością, produktów trawienia, które mogą utrudniać dalsze trawienie białka;

10. W pewnéj liczbie przypadków mimo przypadów podmiotowych ze strony żołądka nie znajdujemy zboczenia w trawieniu; dopiero te przypadki zaliczyć można do niestrawności nerwowéj.

Skreśliwszy wyniki doświadczeń naszych pozostaje nam wytłumaczyć przewodnią myśl i cel tychże. Wyniki otrzymane mogłyby już same sobie być celem, rozpoczynając jednak do-

[1]) Miałem sposobność po napisaniu téj rozprawki badać jeszcze dwa przypadki z nowotworem rakowatym żołądka i znalazłem takie same stosunki trawienia, przypadki te jednak, podobnie jak i poprzednie dwa, przedstawiały także już późniejsze okresy w rozwoju nowotworu. *Gluziński.*

świadczenia mieliśmy jeszcze inny praktyczny wzgląd przed sobą.

W rozprawie, o którój wspominaliśmy, ogłoszonéj w Przeglądzie Lekarskim z r. 1884 Nr. 16, 17, 18, podaliśmy kierunek, w jakim rozwijają się dzisiejsze poglądy na stany patologiczne żołądka. Wśród pracy nad takową, rozbierając braki i ujemne strony dotychczasowych usiłowań w zbadaniu funkcyj żołądka, jako podstawy w rozpoznaniu, przekonawszy się, że dotychczasowe sposoby są z jednéj strony rozwlekłe, z drugiéj i niepewne, postanowiliśmy próbować, czy jaką inną prostszą drogą nie da się poznać dwóch najważniejszych funkcyj żołądka, t. j. 1) wydalania i 2) dzielności samego soku.

Cel i ważność poznania tych dwóch funkcyj, sposób w jaki do tegoż usiłuje dojść Leube, uwagi nasze, modyfikacyje i wnioski dostatecznie skreśliśmy w rozprawie poprzedniéj. Nie chcąc się powtarzać, dla przypomnienia tylko przytoczymy, że Leube przez wyciągnięcie treści żołądka po poprzedniém zadrażnieniu błony śluzowéj np. wodą lodową i przez rozbiór téjże oznaczał jakość soku, przez podanie zaś befsteaku, chleba i wypompowanie w 7 godzin po spożyciu chciał się przekonać o sile wydalającéj żołądka, przyjmując za prawidło, że w tym czasie w stanie fizyjologicznym pokarmy już przedostały się do dalszéj części przewodu pokarmowego, a więc żołądek powinien być próżny.

Niedogodności, jakie napotkaliśmy, stosując tę metodę badania u wielu chorych w klinice prof. Korczyńskiego (mimo bezsprzecznych zalet, które w poprzedniéj pracy podnieśliśmy), kazały właśnie szukać sposobu, któryby dogodniéj te dwie funkcyje żołądka, t. j. 1) wydalanie i 2) dzielność soku, dał nam poznać. Postanowiliśmy użyć do tego białka jaja kurzego kierując się następującą myślą przewodnią: wprowadzone do żołądka próżnego białko będzie bodźcem dla wydzielenia soku, zastąpi więc wodę lodową w metodzie Leubego; wśród zwykłych warunków, a nie sztucznych, poznamy siłę trawiącą soku badając wyciągniętą po pewnym czasie treść na peptony, białko rozpuszczone itd., co znów może zastąpić sztuczne trawienie poza organizmem wykonywane w tym celu w sposobie Leubego, a przez wykazanie, jak długo kawałki białka pozostają w żołądku, poznamy siłę wydalającą żołądka, czego w sposobie Leubego dokonywać trzeba osobnym zabiegiem. Jednóm słowem, celem naszym było, wynalezienie i stwierdzenie sposobu, któryby, o ile możności, dokładnie dał nam poznać za jednym zachodem dwie funkcyje żołądka, t. j. mechaniczną (wydalenie) i chemiczną.

Aby ten cel osiągnąć wypadało naprzód zbadać zachowanie się w tych dwóch kierunkach białka u ludzi zdrowych, aby można dopiero ocenić, co zboczeniem nazwać. W jaki sposób tego dokonaliśmy, jakie wyniki otrzymaliśmy, podaliśmy poprzednio w I części naszéj pracy, tu dodać nam tylko jeszcze wypada, że z wyników tych przekonaliśmy się, że nietylko dzielność soku i czas wydalenia, ale i zachowanie się produktów trawienia należy poznać chcąc ocenić jako tako zboczenie w funkcyjach żołądka.

Sposób więc naszego postępowania, opartego na przytoczonych doświadczeniach, jest następujący:

Pacyjent, u którego dnia poprzedniego przekonano się, że żołądek jego rano nie zawiera resztek pokarmów, spożywa na czczo rano białko (bez żółtka) jednego jaja kurzego ugotowanego na twardo, popija takowe 100cm. wody przekroplonéj i pozostaje w spokoju przez sześć kwadransów. Po upływie tychże wprowadza się zgłębnik żołądkowy, wlewa za pomocą niego jeszcze 100cm. wody destylowanéj i aspiruje tak długo, dopóki ciecz żołądkowa wypływa. Ta ciecz służy następnie do chemicznego rozbioru. Aby się przekonać, że w żołądku nie pozostały kawałki białka, wlewa się przez zgłębnik nieco zwykłéj wody, aspiruje na nowo i powtarza tę manipulacyję 2—3 razy, t. j. tak długo, dopóki kawałki białka nie przestaną się pokazywać.

Jeżeli funkcyje żołądka badanego są fizyjologiczne, wyciągnięta treść po 5 kwadransach zachowuje się jak następuje:

1. Nie zawiera wcale kawałków białka;
2. Jest przeźroczystą lub słabo opalizującą;
3. Oddziaływa najczęściéj słabo kwaśno (spotrzebuje 2—3 cm. rozczynu ługu 10cionormalnego na 100 sz. cm.) lub obojętnie, a próbą Malyego (tj. błękitem metylowym) nie można w przesączu wykazać kw. solnego;
4. Przesącz wyciągniętéj treści nie daje oddziaływania ani na syntoninę ani na pepton.

Dla dokładności można tę samą manipulacyję powtórzyć na drugi dzień aspirując po dwóch kwadransach; w stanie fizyjologicznym znajdziemy wtedy następujące stosunki:

1. Prawie połowę kawałków spożytego białka można z żołądka wyciągnąć; kawałki te jednak mają już brzegi strzępiaste.
2. Przesącz wyciągniętéj, mocno opalizującéj treści wykazuje stopień kwaśności względnie nie bardzo wysoki (najczęściéj 6—10 sz. cm. 10cionormalnego ługu sodowego na 100 sz. cm.) a kroplą 0·2% rozczynu błękitu metylowego można wykazać kw. solny.
3. W przesączu można wykazać małą ilość syntoniny przez lekkie zmącenie lub opalizacyję po dodaniu kw. octowego i żelasinku potasu lub po zobojętnieniu ługiem sodowym.
4. Po dodaniu ługu sodowego i rozczynu siarkanu miedziowego występuje w przesączu różowe nie bardzo silne zabarwienie, odpowiadające peptonom.

Jeżeli funkcyje żołądka są chorobowo zmienione, możemy następujące zboczenia wykazać:

1. Kawałki białka pozostają w żołądku mniéj lub więcéj dłużéj, niż sześć kwadransów. Gdy sok żołądkowy zawiera kw. solny, brzegi ich są strzępiaste, w przeciwnym razie w kształcie swoim utrzymane, bardzo często z śladami od zębów.
3. Wyciągnięta treść jest mętna, żółtawa, zielonawa, w niebieską wpadająca, ze żółtemi płatkami.
4. Przesącz cieczy wyciągniętéj po 6 kwadransach posiada w jednych przypadkach wysoki stopień kwaśności (nieraz 25—30 sz. cm. rozczynu 10cionormalnego), a z błękitem metylowym daje silne niebieskie zabarwienie; w innych znów przypadkach oddziaływa słabo kwaśno, obojętnie lub nawet alkalicznie i kw. solnego wykazać nie można mimo że wyciągnięta ciecz sporo jeszcze kawałków białka zawiera.
5. W przesączu cieczy po 2 kwadransach wyciągniętéj możemy otrzymać wybitną różową reakcyję na pepton i względnie znaczne zmącenie od syntoniny lub téż w razie nieobecności kw. solnego nie otrzymamy oddziaływania na peptony a tylko zabarwienie fijołkowe, pochodzące od rozpuszczonego białka.
6. W przesączu cieczy po 6 kwadransach wyciągniętéj można otrzymać jeszcze wybitną reakcyję na peptony, a nawet syntoninę.

W ten sposób badając, uwzględniwszy uwagi powyżéj podane, możemy sobie wyrobić dość dokładne pojęcie o dzielności soku żołądkowego, sile wydzielania żołądka i zachowaniu się produktów trawienia.

Że poznanie tych funkcyj i ich zboczeń nie jest rzeczą małéj wagi, że jestto jedyna racyjonalna dzisiaj droga śród badania chorób żołądka, aby zastósować odpowiednie leczenie, rzecz ta nie potrzebuje udowodnienia. Dodać jednak należy, że dopiero większe nagromadzenie materyjału, a szczególniéj kontrola wyników za życia otrzymanych pośmiertném badaniem może nadać temu kierunkowi badania trwalsze podstawy. W obecnéj chwili, mimo braku tychże, mimo, że nie jesteśmy w stanie jeszcze ściśle rozpoznać anatomicznie, w wielu przypadkach jednak użycie tego sposobu badania, który nam daje poznać zboczenie funkcyj żołądka patologicznego, pozwoliło nam przynajmniéj rozpoznać „symptomatycznie,“ zastósować odpowiednie leczenie, osiągnąć skutek, kontrolować przebieg sprawy chorobowéj bez opierania się li tylko na podmiotowych uczuciach pacyjenta, co dotąd było przeważnie miarą lepszego lub gorszego stanu leczonego.

Kończąc tę rozprawę czujemy obowiązek złożenia wyrazów podzięki prof. Korczyńskiemu, który na każdym kroku nie szczędził nam swojéj pomocy zachętą i radą, oddając nam przytém do dyspozycyi odpowiedni materyjał kliniczny i pracownię.

IV. Cztery rany kłute w jelicie cienkiém, wycięcie kawałka ściany jelita, wyzdrowienie.

Opisał Dr. **Kwieciński** w Oświęcimiu.

Wobec chorób wymagających większych zabiegów operacyjnych lekarze praktyczni grzeszą często małodusznością. Brak własnéj wprawy, brak asystencyi, obawa przed nieudaniem się i następstwami wstrzymuje od niejednego rękoczynu. Mniejsza o przypadki, które bez szkody dla chorego odesłać można specyjaliście chirurgowi, lub zawezwać go, ale zdarzają się takie, do których natychmiast rękę przyłożyć trzeba, jeżeli przez zwłokę nie mamy się stać współwinnymi niepomyślnego zakończenia. Zmuszony koniecznością przystępuje wprawdzie lekarz do działania, ale z góry powzięte zwątpienie jest nieraz przeszkodą i przyczyną, że nie rozwinie téj skrupulatnéj staranności i dokładności w wykonaniu, która jest warunkiem udania się wszelkich rękoczynów. Że jednak wynik nie zawsze musi być niepomyślnym, jeżeli lekarz, nawet śród twardych warunków, przystępuje do rękoczynu, o tém sam miałem sposobność przekonania się w przypadku, który mi się zdarzył, a z którego sprawę zdać zamierzam.

Dnia 15 kwietnia 1883 r. około godziny 9 wieczór, przyprowadzono do mnie mężczyznę 20 lat liczącego, którego przed chwilą przebito sztyletem. Dla wyjaśnienia tego niezwykłego u nas zdarzenia dodać muszę, że sprawcą był Włoch, który zajęty w kopalniach węgla w Katowicach przejeżdżał przez Oświęcim, aby zasięgnąć rady lekarskiéj u sławnego daleko i szeroko szarlatana: chłopa Hutnego w Przeciszowie. Przestrzeń od miejsca przypadku aż do mojego pomieszkania, około 200 kroków wynoszącą, przebył ranny sam, podtrzymywany przez 2 towarzyszy, był śmiertelnie blady, tętno ledwie wyczuwalne. Przekonawszy się po podniesieniu koszuli, że cała pętla jelita cienkiego wysunęła się z jamy brzusznéj, kazałem rannego zanieść do pobliskiego domu rodziców, sam zaś zająłem się przygotowaniem środków, ażeby odprowadzenie uskutecznić z zachowaniem możliwéj aseptyki. Dwie flaszki 3%, dwie 5% wody karbolowéj, 5% oliwa karbolowa, wata Brunsa i zwykłe etui chirurgiczne stanowiły całe moje armamentarium. Rannego znalazłem w izbie, która pozostawiała wiele do życzenia, aby się w niéj zabrał do otwarcia jamy brzusznéj lekarz, chcący postępować według dzisiejszych zasad aseptyki. Izba rzeźnika, służąca mu za pracownię, w jednym końcu kupa ziemniaków i karpieli, łóżko, które bynajmniéj nie mogło uchodzić za wzór czystości, oto obraz miejsca, gdzie zastałem rannego. Był on tylko na wpół przytomny, często wymiotował. Z powodu tego i nikłości tętna podawałem mu co chwila *Spirit. aetheris*, który ze sobą przyniosłem. Umoczywszy czysty ręcznik w ogrzanéj 3% wodzie karbolowéj nakryłem przedewszystkiém dokładnie, silnie różowo nastrzykane jelita, ażeby je uchronić od zaziębienia, następnie obciąwszy sobie gładko paznogcie i obmywszy kilkakrotnie ręce mydłem i wodą karbolową zabrałem się do oczyszczenia jelita z licznych skrzepów krwi. Dopiero teraz, przeglądając zwoje, spostrzegłem w jelicie 4 rany, z których trzy dokładnie poprzeczne, odpowiadały swoją długością połowie obwodu jelita (sięgały od krezki aż do punktu przeciwległego przyczepienia téjże) długość czwartéj, ukośnéj, wynosiła około 1·5 cm. Dwie rany, równie długie, przedzielał pasek około 0·7 cm. szeroki, odległości innych od siebie nie uwzględniłem. Przyznam się, że zobaczywszy, z czém mam do czynienia, nie zachowałem tego spokoju umysłu, który lekarza, a zwłaszcza zabierającego się do operacyi, nie powinien opuszczać w najtrudniejszém położeniu. Miało to swoje uzasadnienie. Nad sposobami szycia jelita od czasu, jak jestem lekarzem praktycznym, nigdy się bliżéj nie zastanowiłem. Może mi to będzie za złe wzięte? Ale jeżeli nikt nie bierze za złe okuliście, że przedewszystkiém stara się o szczegóły do okulistyki należące, akuszerowi, że mało dba o metody resekcyi stawów, to nie jest to także przestępstwem ze strony lekarza praktycznego, jeżeli z pośród ogromu wiedzy i sztuki lekarskiéj to sobie przedewszystkiém przyswaja, z czém się najczęściéj spotyka. W moich stosunkach i warunkach nie przypuszczałem, ażebym kiedy znalazł się w takiéj potrzebie; to też jeżeli metody szycia jelit znajdowały się dawniéj w mojéj pamięci, jako niepotrzebne ustąpiły miejsca innym wiadomościom; jedno tylko pozostało, że błona surowicza musi się stykać z błoną surowiczą. Wprawdzie w mieście oprócz mnie jest jeszcze 4 lekarzy, ale z tych jedni nie pozwalają sobie zaburzać nocnego spoczynku, innych wezwać nie pozwoliły lube stosunki koleżeńskie. Czułem, że od należytego zeszycia ran zawisło życie rannego, a ta wielka odpowiedzialność przygnębiała mnie i odejmowała swobodę myślenia. Ale *„hic Rhodus, hic salta“* powiedziałem sobie, a podczas kiedy narzędzia moczyły się w wodzie karbolowéj, wziąłem do ręki kawałek płótna i na nim wypróbowałem sposób, który mi się najstósowniejszym wydawał. Nie wpadłem na najprościejszą metodę Lemberta, lecz zastósowałem szew kuśnierski. Próba wypadła wcale zadowalająco i już z nieco większą ufnością zabrałem się do zespajania ran. Jak już wspomniałem dwie z nich oddalone były od siebie na 0·7 cm. Zdawało mi się niewątpliwém, że pasek przedzielający, ujęty i uciśnięty szwem w dwie strony mógł z łatwością uledz nekrozie, uznałem więc za stósowne wycięcie tegoż. Dwie krwawiące tętniczki podwią-

załem jedwabiem. Nici najcieńsze, jakie posiadałem, odpowiadały numerowi 2 nici Czernego, nie były jednak w sposób Czernego przechowane, lecz w stanie suchym w pudełku, tak jak były w handlu z fabryki w Schaffhausen *(antiseptische Ligaturseide* Nr. 2). Przed użyciem moczyły się $^1/_2$ godziny w 5% oliwie karbolowéj. Wśród szycia nie miałem najmniejszéj pomocy. Wprawdzie rąk było bardzo wiele, ale nie mając zaufania do ich czystości nikomu niczego dotknąć nie pozwoliłem. Rezultat wcale mnie nie zadowolił, zeszycie było tak luźne, że wśród wymiotów przesączała się pomiędzy szwami treść jelit. Powiedziałem sobie, że włożywszy jelito takie do jamy brzusznéj stanę się współwinnym śmiertelnego zejścia rannego i nie będę w stanie postępowania swego w danym razie usprawiedliwić. Więc bez długiego namysłu przeciąwszy i wyciągnąwszy nitki, zabrałem się powtórnie do szycia. Do asystencyi wezwałem tym razem zamykające się obcęgi Péana. Po każdym szwie naciągnąwszy nitkę tak, aby ściany należycie przylegały do siebie, ujmowałem ją u saméj błony surowiczéj w obcęgi Péana i zamykałem. Z tak uskutecznionego zeszycia byłem zupełnie zadowolony, ściany błoną surowiczą przylegały do siebie należycie, nitki prawie zupełnie widać nie było, a wśród wymiotów, których ranny często dostawał, nic się nie przeciskało. Oczyściwszy więc jeszcze raz jelito przez zlewanie letnią 3% wodą karbolową wsunąłem je do jamy brzusznéj. Rana w ścianie brzusznéj znajdowała się w przedłużeniu linii sutkowéj lewéj nieco ukośnie do kierunku téjże linii, była 4 cm. długa, górny jéj koniec leżał 5 cm. poniżéj łuku żebrowego. Długości jelita wypadłego nie mogę podać dokładnie, podając w przybliżeniu 1 metr, zaręczyć mogę, że nie przesadzam.

Uskuteczniwszy pierwszą część pracy nakryłem otwór warstwą waty Brunsa, umoczonéj w wodzie karbolowéj, aby sobie wypocząć i zastanowić się, co daléj czynić. Nie trapiła mnie troska o wynaczynioną krew, ile z powodu obawy, czy przed wypadnięciem jelita nie wydostała się jaka cząstka treści tegoż do jamy brzusznéj. Obawę tę podtrzymywała ta okoliczność, że z jednéj z ran wydobyłem kawałek ziemniaka. Chociaż myśl rozszerzenia rany, lub oddzielnego wykonania laparotomii przesuwała mi się uparcie przez głowę, ustąpiła ona przed niemożnością wykonania w danych warunkach. Usunąwszy więc o ile to było możebne, krew nagromadzoną naokoło otworu watą, zespoiłem ranę kilkoma szwami drutowemi. Nie mogłem w szew ująć obustronnie błony surowiczéj, gdyż brzeg jéj górnozewnętrzny żadną miarą nie był mi dostępny. Ranę posypałem jodoformem, nakryłem cały brzuch sporą warstwą waty, umoczonéj w 5% wodzie karbolowéj i drugą waty suchéj i założyłem ze znaczną siłą opaskę uciskającą. Po ułożeniu chorego wstrzyknąłem mu 0·015 morfinu.

Notatki moje z dalszego przebiegu nie bardzo są dokładne; nie łudziłem się nadzieją wyzdrowienia pacyjenta, więc też zapiski moje były tylko pobieżne, niektóre dopiero po tygodniu z pamięci spisane. Według nich przebieg był następujący: Dnia 16 noc spędził bezsennie, lecz bez boleści, do rana nie było wymiotów, ciepłota 39°C, tętno 112, oddech przyspieszony, język suchy, poty obfite, twarz znamionująca zapalenie otrzewny, brzuch niewzdęty, w prawém podżebrzu za uciskiem bolesny; przed południem jakoteż i pod wieczór po 2 razy wymioty masą czarną.—D. 17, 3 razy wymioty już nieczarne, język suchy, brzuch wzdęty, ciepłota 38, tętno 100; w nocy z 17 na 18 trzy razy wymioty śluzowe żółte. — Dnia 19 ciepłota 38·6, tętno 108 pełne, brzuch niewzdęty, niebolesny, język suchy. — Dnia 20 tętno 76, ciepłota 38. — Dnia 21 tętno 76, ciepłota 37·6; zmiana opatrunku, rana zagojona *per primam*, brzuch wcale niewzdęty, niebolesny, wyjęto szwy. — Dnia 22 w nocy były dreszcze, gorączka, ciepłota 39·5, tętno 120, brzuch niewzdęty, niebolesny. Nie ukrywałem przed sobą możności, że pogorszenie to jest następstwem zadrażnienia otrzewny przez wyjmowanie szwów; w przypuszczeniu jednak prostéj zimnicy, o którą w naszéj okolicy nie trudno, zapisałem chinin. Nazajutrz i przez następne dni stan bezgorączkowy, tętno spokojne, pełne, dnia 24 dwa stolce samowolnie, bez żadnych boleści. W pierwszych trzech dniach oprócz kawałków lodu żadnego innego nie pozwoliłem choremu podawać napoju, codziennie 2 razy robiłem wstrzykiwania morfinu (1·00—1·50 cgm.), dnia 18 poleciłem mu dać lawatywę z rosołu i wina, ponieważ bezpośrednio po niéj dostał silnych boleści, dalszych zaniechano. Od 19 pozwoliłem używać co godzina po łyżce wody z dodatkiem na szklankę łyżeczki mięszaniny: *acid. hydroch. dil. 5, Syr. Rub. Idaei 50.* Od 24 począwszy używał ostrożnie pokarmów płynnych, pozwoliłem mu również usiadać i nieco swobodniéj poruszać się na łóżku; nie czekając na dalsze moje pozwolenie wyzdrowieniec już nazajutrz począł chodzić po izbie, z końcem miesiąca, a więc w 2 tygodnie po zranieniu, czując się całkiem dobrze, począł wychodzić poza dom i nie krępował się żadnemi ostrożnościami w używaniu pokarmów.

Jedyném niekorzystném następstwem tego niebezpiecznego zranienia jest możność wytwarzania się przepukliny w miejscu rany w ścianie brzusznéj; proste opasanie się z łatwością temu zapobiega. W miesiąc po chororobie zaczęły występować prawie zawsze w $^1/_2$ godziny po jedzeniu wymioty, niemiły ten przypad utrzymywał się przez dwa miesiące. Śledząc za przyczyną najwięcéj skłaniałem się do przypuszczenia, że mogą ją stanowić nieprawidłowe zrosty jelit. Obecnie stan zdrowia nie pozostawia nic do życzenia.

Radość moja z powodu szczęśliwego zakończenia się tego przypadku, o którym razem ze mną nie jeden byłby zwątpił, była wielką. Wynagrodziła mnie ona dostatecznie za wszelkie trudy polowy nocy, nie tyle ciężkiéj czynnością samą, ile ciągłém szamotaniem się z sobą samym, z różnemi obawami, skrupułami.

Na zakończenie kilka uwag. Wśród różnych metod szycia jelit znalazłem w dostępnych mi podręcznikach ledwie wzmiankę o szwie kuśnierskim i o poleceniu go w ostatnich czasach przez Nussbauma. Ciekawy byłem, o ile sposób szycia, zastósowany przezemnie, jest w stanie należycie zamknąć otwór w jelicie i powtórzyłem czynność tę na skrawku rękawiczki. Zrobiwszy na nitce węzełek wkłuwałem igłę w odległości około 0·5 cm. od brzegu i prowadząc ją pomiędzy warstwami ściany jelita wykluwałem w odległości 1—2 mm. od brzegu; to samo powtórzyło się po drugiéj stronie, pojedyncze szwy następowały gęsto po sobie; zakończyłem również węzełkiem. Sądzę, że wynik przedstawiony na skrawku skórki może być nazwany zadowalającym, w rzeczywistości przedstawiał się nie gorzéj, lecz nawet lepiéj. Nie moją rzeczą ani możnością rozstrzygać, o ile sposób ten zasługuje na stósowanie.

Z szczęśliwego przebiegu tego przypadku jeden dalszy pozwoliłbym sobie wysnuć wniosek: laparotomija nie powinna należeć do rękoczynów, przed któremi cofaćby się godziło lekarzowi praktycznemu. Rękoczyn sam nie należy do trudnych, a antyseptyka wśród warunków nieprzepełnionego

istotami gnilnemi powietrza, nie potrzebuje być tak skrupulatną, jak w szpitalach i klinikach. Na poparcie tego twierdzenia mam z krótkiéj swéj praktyki oprócz przypadku opisanego kilka innych wymownych przykładów. Przy czystości rąk i instrumentów bez żadnych innych ostrożności goją się *per primam* jamy po wyłuszczeniu obrzęków wielkości gęsiego jaja. Przypadki śmierci z powodu niedrożności jelit nie należą do bardzo rzadkich, w przeciągu 5 lat ja sam trzy widziałem, wszystkie z zejściem śmiertelném. Znaczny procent dałby się uratować przez operacyję. Nie rozminę się pewnie z prawdą twierdząc, że laparotomija w niedrożności jelit ma daleko lepsze szanse, niż tracheotomija w dławcu lub błonicy. Bylebyśmy tylko nie grzeszyli do przesady posuniętą chwiejnością w rozpoznaniu i działaniu! Sprowadzenie operatora nie zawsze jest możebne, lud nasz choruje ciągle jeszcze na uprzedzenie do szpitali, nieraz więc należałoby lekarzowi praktycznemu przystąpić do działania. Opisany przypadek laparotomii przypadkowéj, która, mimo ciężkich powikłań, zakończyła się pomyślnie, może dodać każdemu odwagi i zachęty. Pedantyczna dokładność w wykonaniu nawet przy ograniczonych środkach wiele dokazać może!

V. Sprawy Towarzystw lekarskich

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne Tow. lek. krak. z dnia 7 stycznia 1885 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 26.

1) Zebrani na wezwanie przewodniczącego oddają przez powstanie cześć pamięci zmarłego prof. Piotrowskiego.

2) Nastąpiło odczytanie sprawozdań z czynności roku ubiegłego w następującym porządku:

a) Zdanie sprawy ogólne z czynności Towarzystwa przez sekretarza stałego kol. Jordana.

b) Sprawozdanie podskarbiego kol. Zarewicza z obrotu funduszów, odczytane w zastępstwie przez kol. Grabowskiego, który téż wnosi udzielenie podskarbiemu absolutoryjum, czemu się zadość stało.

c) Sprawozdanie ze stanu biblijoteki przez kol. Murdzieńskiego.

d) Sprawozdanie z rachunków Komisyi redakcyjnéj przez sekretarza téjże kol. Kopffa.

Na wniosek kol. Domańskiego Zgromadzenie wyraziło uznanie i podziękowanie Redaktorowi Przeglądu Lek. za zasługi około tego organu położone.

e) Sprawozdanie Komisyi balneologicznéj przez przewodniczącego téjże kol. Ściborowskiego.

f) Kol. prof. Oettinger zdaje sprawę z działalności Komisyi sprawozdawczéj do Roczników Virchowa i Hirscha.

g) Kol. Paszkowski zdaje sprawę z czynności delegata Towarzystwa do Komisyi sanitarnéj miejskiéj. Zgromadzeni wyrażają delegatowi uznanie i podziękowanie.

3) Kol. Grabowski wnosi asygnowanie coroczne kwoty 100 złr. na potrzeby Komisyi sprawozdawczéj. Przyjęto.

4) Kol. Domański wnosi ze względu na oszczędność, aby Komitet Tow. Lek. zastanowił się nad potrzebą lub zbytecznością wydawania Rocznika Tow. zdanie zaś swoje w tym przedmiocie aby objawił na jedném z najbliższych posiedzeń Tow.

5) Kol. Grabowski odczytuje wniosek kol. Świątka zmierzający do skuteczniejszego wspierania wdów i sierot po zmarłych lekarzach. Komitet Tow. w swych parokrotnych obradach nad tym przedmiotem uchwalił zalecić wybranie Komisyi złożonéj z prezesa i 6ciu członków, któraby, przybrawszy odpowiednie siły fachowe, projekt ten gruntownie zbadała. Tow. zaś sprawę tę przekazuje Komitetowi, zobowiązując go do poczynienia wniosków w przeciągu czterech miesięcy.

6) Słowo pożegnalne ustępującego prezesa.

7) Słowo wstępne nowoobranego prezesa.

Dr. Dobruchowski.

VI. Gustaw Piotrowski.

Rok 1884 smutnie zakończył się dla Wydziału lekarskiego Wszechnicy Jagiellońskiéj. W d. 31 grudnia ubył z grona profesorów Gustaw Piotrowski, mąż niezwykłéj miary, pełen zasług dla Uniwersytetu i kraju, pełen poświęcenia dla każdéj szlachetnéj sprawy, żyjący głównie dla nauki i dobra drugich. Zakres badań nieprzystępny tak łatwo dla wszystkich i dziwna skromność zmarłego były powodem, że prace jego, wielkiego znaczenia, mało są znane. Chciałbym więc w ogólnych zarysach podać treść ich, a przytém choć w kilku słowach skreślić życie jego.

Gustaw Piotrowski urodził się w Tarnowie 1 marca 1833 r. z ojca Stanisława, adwokata poważanego ogólnie i gorącego patryjoty i z matki Alojzy z Cerasommów. Chowając się pod okiem matki, Włoszki, zaledwie czytał i pisał po polsku wstępując do 4éj klasy gimnazyjalnéj. W szkołach dopiero pod kierunkiem takich profesorów, jak Zyblikiewicz, Sawczyński, którzy umieli w uczniach swych obudzać ducha należytego, pod kierunkiem swego nauczyciela domowego a późniejszego najserdeczniejszego przyjaciela Karola Kaczkowskiego nauczył się mówić i myśleć po polsku. Kaczkowski również był pierwszym, który spostrzegł niezwykłe zdolności Gustawa do matematyki i nauk przyrodniczych i obudził w młodym chłopcu zamiłowanie do nich a rezultatem tego było wstąpienie na Wydział lekarski w Wiedniu w r. 1851 mimo oporu matki. W tym czasie utracił ojca. W ciągu studyjów rósł zapał do nauki, lecz pośród wszystkich przedmiotów fizyjologija najwięcéj go zajmowała, najwięcéj odpowiadała jego zdolnościom i jéj przeważnie czas swój poświęcał, stał się téż wkrótce ulubieńcem Brückego. Jak dalece przewyższać musiał bystrością całe swe otoczenie, najlepiéj wskazuje ten fakt, że on uczeń II r., pierwszy raz słuchający wykładów fizyjologii, tłumaczył zawsze kolegom (a uczęszczali wtedy na wykłady fizyjologii uczniowie II i V roku) to, czego nie zrozumieli w wykładzie profesora. Po skończoném pięcioleciu w Wiedniu chciał wyjechać za granicę. Miłość dla matki, która się nie mogła rozłączyć z synem, skłoniła go do zostania w kraju. Przyjął więc chętnie obowiązki prywatnego asystenta Czermaka, który w tym czasie (1856 r.) wykładał fizyjologię w Uniwersytecie krakowskim. W roku 1857 dn. 10 marca otrzymał w Wiedniu stopień doktora medycyny, a wkrótce przedtém utracił ukochaną matkę. Równocześnie ustąpił z katedry Czermak, a Piotrowski już teraz mógł zostać jego następcą. Sumienny, poważnie patrzący na sprawę, nie szukający zaszczytów, pragnący nietylko reprodukować myśli cudze lecz zarazem i zgłębiać samodzielnie tajniki nauki, któréj poświęcić zamierzał całe swe życie, czuł doskonale, że jeszcze pracować nad sobą musi, wiedział, że fizyjolog w swych badaniach musi się oprzeć na zdobyczach chemii i fizyki, musi posiłkować się matematyką. Wyjeżdża więc dla tego za granicę, kształci się w Heidelbergu i Getyndze pod kierunkiem Helmholtza, Wöhlera, Bunsena i braci Weberów przez lat dwa i tak przygotowany przyjmuje w r. 1859 wezwanie na profesora fizyjologii do Krakowa po Albinim, odrzuciwszy ofiarowaną sobie równocześnie takąż samą katedrę w Warszawie. Początkowo pełnił obowiązki jako zastępca profesora, lecz wkrótce, bo już w roku następnym 1860, mianowany został zwyczajnym profesorem. W téj chwili rozpoczyna się właściwa działalność Piotrowskiego, wielostronna a wszędzie skuteczna i pożądana.

Stosunki, w jakich rozpoczął swój zawód profesorski, były opłakane. Zakład, mieszczący się w 3ch pokojach, wynajętych przy ulicy Wiślnéj, nie odpowiadał najskromniejszym wymaganiom, brak aparatów, dotacyi stałéj, brak asystenta krępowały czynność młodego profesora. Wszystko trzeba było dopiero wywalczyć. Starał się usilnie o usunięcie tych braków i w r. 1861 uzyskał stałą dotacyję dla zakładu i stałego asystenta, wreszcie w r. 1868 i budynek osobny, w którym dziś mieści się zakład. A jak usilnie pracować musiał, świadczy ilość prac, które w tym czasie wyszły z jego pracowni. Zajęcia coraz więcéj przybywało. W r. 1864 zostaje obrany dziekanem Wydziału lekarskiego, a oddanie mu godności w tak ważnéj chwili świadczy o zaufaniu, jakie miał u swych kolegów, o miłości i poważaniu, jakie posiadać musiał u uczniów. Od tego czasu 8 razy jeszcze wybierany dziekanem w 40 r. życia swego piastuje godność rektora, najwyższą w Uniwersytecie. Prócz tego, jako członek Towarzystwa naukowego krakowskiego wszedł do Akademii Umiejętności i był aż do śmierci jednym z najgorliwszych członków. Lecz nie na Uniwersytet tylko ograniczała się jego czynność. Obrany posłem do Sejmu z wielkiéj własności w Tarnowskiém, a z wyboru sejmowego do Rady państwa pełnił gorliwie te obowiązki obywatelskie przyjmując jeszcze powierzoną sobie przez Towarzystwo rolnicze krakowskie kuratoryję nad szkołą rolniczą w Czernichowie. A wszędzie równie czynny, równie sumienny jak na katedrze, w ostatnim nawet roku, gdy męczony nieuleczną chorobą stracił siły, rwał się jeszcze do pracy, wykładał choć upadał ze zmęczenia, a przez resztę dnia w domu wykończał gorączkowo ostatnią swą pracę, owoc rozmyślań długich lat, dowód wielostronnego, prawdziwie wyjątkowego umysłu. Praca niestety nie została skończoną, miejmy jednak nadzieję, że nie zginie marnie.

W ostatnim dziesiątku lat waliły się na niego nieszczęścia bez przerwy. Traci syna najstarszego, rokującego najświetniejsze nadzieje, traci swego ucznia, asystenta i towarzysza nieodstępnego w pracy Doc. Dra Zawilskiego, choroba nie opuszcza na chwilę domu jego, wreszcie w ostatnim już roku traci najserdeczniejszego przyjaciela Kaczkowskiego i cały majątek. Mimo tylu nieszczęść nie upadał na duchu, pracował bez przerwy i mimowoli nasuwa się myśl, czy podziwiać w nim więcéj uczonego, obywatela, czy człowieka? W sile wieku zabrała go śmierć pogrążając wdowę i trzech synów w nieutulonym żalu. Oto szereg jego prac:

1) *Ueber eine neue Reaction auf Eiweisskörper und ihre näheren Abkömmlinge.* (*Sitzungsberichte d. Akad. d. Wiss.* 1857, t. XXIV kwiecień).

2) *Ueber die Dauer und die Anzahl der Ventrikelcontractionen des ausgeschnittenen Kaninchenherzens.* (Tamże r. 1857, t XXV, praca dokonana wspólnie z Czermakiem).

3) *Ueber Reibung tropfbarer Flüssigkeiten.* (Tamże r. 1860). Praca dokonana wspólnie z H. Helmholtzem.

4) Sposób uskutecznienia rozbiorów ilościowych chemicznych za pomocą piknometrów. (Rocz. Tow. Nauk krak. p. 3, t. V, 1861).

5) O wykazaniu cukru gronowego w moczu prawidłowym. (Przegląd Lek., 1862, Nr. 4).

6) Kilka uwag nad stosunkami krążenia soków w wątrobie. (Tamże, 1862, Nr. 10).

7) Rozkład białka na części składowe już dawniéj otrzymane z tłuszczów. (Tamże, 1862, Nr. 26).

8) O przyczynach krzepnienia krwi. (Tamże, 1862, Nr. 21, 22).

9) O drażnieniu nerwów za pomocą prądu elektrycznego pochodnego, powstałego przez otwarcie prądu pierwotnego. (Tamże, 1862, Nr. 24, 25).

10) O chyżości, z jaką się stan czynny w nerwach udziela. (Tamże, 1863, Nr. 37).

Trzy ostatnie prace dokonane wspólnie z Drem O. Widmanem.

11) O oznaczeniu ilościowém ciałek krwi. (Tamże, 1863, Nr. 10, 11).

12) Uwagi nad pojemnością komórek sercowych i równowagą krążenia krwi. (Tamże, 1863, Nr. 47, 49, 50 i 51).

13) Kilka słów o leczeniu wodowstrętu elektrycznością. (Tamże, 1864, Nr. 5, 6).

14) Przyczynek do nauki o trawieniu skrobi. (Tamże, 1864, Nr. 22).

15) Fizyjologija ludzka w zarysie. Wykłady akademickie. T. I., zawierający fizyjologiję czynności odżywczych. Kraków, w drukarni „Czasu", nakład autora, 1865, w 8ce, str. VIII, 463.

16) O miejscu, w którém prąd elektryczny łańcuchowy zamykany i otwierany, stan czynny w nerwach ruchu wznieca. (Przegl. Lek., 1865, Nr. 45, 46).

17) O wpływie nerwu błędnego na serce. (Rocz. Tow. nauk. krak., poczet 3, t. XII, 1867).

18. Przyczynek teoretyczny do nauki o stosowaniu oka. (Tamże, 1867).

19) Przyczynek do nauki o achromatopsyi. (Tamże, 1868, t. XIV).

20) O mikroskopach i teleskopach odmiennéj nieco od dotychczas używanéj budowy. (Tamże, 1870, t. XVI).

21) O chyżości rozchodzenia się światła w solach. (Pam. Akad. Um. Wydz. mat.-przyrod., 1874).

22) O stosunku między ciężarem gatunkowym a składem chemicznym ciał stałych nieorganicznych. (Tamże, 1879).

(Dok. nast.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 11—17 stycznia zmarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 43,9. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z odry 1 (1 z. t.); z płonicy 1 (2 z. t.); z krztuśca 1 (2 z. t.); z duru brzusznego 2 (3 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.); z gorączki pologowéj 2 (2 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.); z róży 1 (1 z. t.). Nie doniesiono o żadnym świeżym przypadku choroby zaraźliwéj. W tygodniu od 4—10 stycznia umarło z ospy w Londynie 34, leczyło się w szpitalach 1088, świeżo zapadło 246. Z ospy umarło w Pradze, Brukseli, Roterdamie, Liwerpolu, Odesie, Rzymie i Budapeszcie po 1, w Kalkucie 2, w Wiedniu, Paryżu i Madrycie po 3, w Petersburgu 5, w Lizbonie 14. Odra złagodniała w Kopenhadze, płonica w Amsterdamie. Z duru osutkowego umarło po 1 w Odesie i Granadzie. Z cholery nikt nie umarł w Paryżu, w leczeniu było jeszcze 3. W Kalkucie umarło z cholery od 17—22 listopada 51, w Madrasie od 16—21 listopada 3, w Bombayu od 27 listopada do 2 grudnia 11.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 4—10 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 34,4; w Warszawie 34,4; w Wiedniu 26,5; w Budapeszcie 24,4; w Pradze 28,3; w Berlinie 24,1; we Wrocławiu 29,7; w Hamburgu 27,3; w Gdańsku 28,0; w Mnichowie 30,8; w Dreźnie 25,3; w Lipsku 15,8; w Brukseli 23,4; w Amsterdamie 32,0; w Hadze 21,0; w Paryżu 27,7; w Londynie 25,0; w Kopenhadze 24,1; w Stokholmie 30,1; w Petersburgu 26,6; w Odesie 25,1; w Rzymie 25,1; w Bukareszcie 26,5; w Maladze 44,0; w Saragosie 43,7; w Lizbonie 26,1; w Aleksandryi

23,3; w Nowym Yorku 25,3; w Filadelfii 20,2; w Bombayu 58,1; w Madrasie 50,0. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 stycznia. W niedzielę popołudniu odbył się pogrzeb śp. Dra Brodowicza śród warunków wyjątkowych. Od dawien dawna wiadomém było, że Brodowicz zarządził, aby eksportacyja zwłok jego odbyła się cichaczem bez wszelkiéj wystawności. Wolę tę należało uszanować; ztąd nawet kartek pośmiertnych nie było, ztąd téż i uczniowie Wszechnicy wstrzymać się musieli od wszelkiego udziału. Zwłoki ubrane w mundur urzędnika Rzeczypospolitéj krakowskiéj, umieszczone w skromnéj, drewnianéj trumnie, od lat 16 przygotowanéj i czekającéj na właściciela swego, obywatele na barkach swych nieśli na miejsce wiecznego spoczynku, kondukt prowadził X. Biskup krakowski, a za trumną szli bedele z berłami uniwersyteckimi, rektor U. J. i prezes Akademii Umiejętn. oraz wielka liczba profesorów i obywateli. Na trumnie złożone były wieńce od Uniwersytetu, Wydziału lek., obecnego profesora kliniki lek., od szpitala św. Łazarza itd. Zgodnie z życzeniem zmarłego nad grobem żadnych mów nie było.

Ubył tedy śród nas nestor lekarzy polskich, który doczekał się wieku niezwykłego, a mimo to jeszcze przed niedawnym czasem zachwycał znajomych nietylko rzeźwością umysłu ale i czerstwością fizyczną, która z wyjątkiem wzroku podupadającego, utrzymywała się prawie aż pod koniec życia. W wilię śmierci swéj rozesłał kilku rodzinom zaprzyjaźnionym bilety *„pour prendre congé“.*

Życiorys Brodowicza, napisany przez ucznia jego prof. Oettingera, podamy w jednym z najbliższych numerów.

* W Nrze 2 Przegl. Lek. podaliśmy reskrypt Ministerstwa Oświecenia z d. 6 grudnia rb., odnoszący się do budowy klinik uniwersyteckich w Krakowie, a przedewszystkiém budowy kliniki chirurgicznéj, którą p. Minister uznał za naglącą i dla tego zgodził się na rozpoczęcie jéj w roku bieżącym, polecając jak najspieszniejsze sporządzenie szczegółowego projektu i kosztorysu. To téż c. k. Namiestnictwo we Lwowie czyniąc zadosyć temu rozporządzeniu poleciło swemu referentowi spraw uniwersyteckich, aby bezzwłocznie udał się do Krakowa, celem rozpoczęcia czynności przez Ministerstwo wskazanych. Donosząc o têm d. 7 stycznia byliśmy przekonani, że pan referent bawi już w Krakowie, zważywszy, że jazda ze Lwowa do Krakowa trwa godzin 7. Tymczasem minęły 3 tygodnie a nietylko p. referenta nie ma w Krakowie, ale w sprawie tak ważnéj, przez Ministerstwo uznanéj za naglącą, tu na miejscu nic się jeszcze nie zrobiło. Co większa, podczas gdy p. Minister już przed rokiem czy nawet dwoma laty zgodził się w zasadzie na wysłanie znawców za granicę, celem poznania nowych budowli klinicznych, a Wydział lekarski już przed rokiem jako znawców tych przedstawił prof. Mikulicza i inżynijera Sarégo, dotąd nic nie słychać o zarządzeniu, aby wniosek ten został urzeczywistniony, nie wiadomo nawet, gdzie wniosek ten ugrzęzł. Sprawdzamy fakty, które w kołach uniwersyteckich budzą wielkie zadziwienie, a jak słyszymy, sprawa ta będzie poruszoną na piątkowém posiedzeniu Wydziału lekarskiego, który zapewne poweźmie uchwałę odpowiednią. Rzecz zaiste dziwna i godna zastanowienia; Ministerstwo oświecenia dzięki życzliwości dla naszego Uniwersytetu p. Ministra skarbu usunęło trudności wszelkie, a były one, jak powszechnie wiadomo, niemałe, umieściło w budżecie znaczną kwotę na rok bieżący, — a tu do rozpoczęcia budowy jeszcze bardzo daleko, a jeżeli pójdzie daléj tym trybem, wątpić należy, czy w ogóle budowa rozpocznie się w tym roku. Mamy grunt, mamy pieniądze,—a tylko *nos, nos desumus!*

* Otrzymujemy następujące doniesienie:

Objąwszy z bieżącym rokiem współwydawnictwo znanego czasopisma niemieckiego: *Monatsschrift für Ohrenheilkunde so wie für Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten*, zamierzam w niém zdawać sprawozdania z cenniejszych prac w języku polskim ogłaszanych a wchodzących w zakres Laryngo-, Rhino- i Pharyngologii. Upraszam przeto Panów autorów, aby po wydrukowaniu prac takich zechcieli łaskawie przesłać mi każdym razem jednę odbitkę i aby mi w ten sposób ułatwili osiągnięcie przedsięwziętego zamiaru. Zwracam się zarazem z prośbą do innych redakcyj czasopism lekarskich polskich o powtórzenie niniejszéj odezwy.

Heidelberg w styczniu 1885.

Prof. Dr. Antoni Jurasz.

* **Warszawa.** Wydawnictwo Kroniki Lekarskiéj wychodzącéj pod redakcyją Dra O. Hewelkego po Drze Kobylińskim objął Dr. Mączewski.

Specyjalna Komisyja jak donoszą gazety rosyjskie zajęta jest kwestyją reformy petersburskiéj Akademii medyko-chirurgicznéj z zastosowaniem do nowéj ustawy uniwersyteckiéj. Akademija ma być poddaną władzy Ministerstwu oświecenia.

* **Wiedeń.** Prof. położnictwa Spaeth doznał napadu apopleksyi. — Najwyższa Rada sanitarna uchwaliła na ostatniém posiedzeniu przedłożyć Rządowi wniosek o uchwalenie nowéj ustawy dla obłąkanych.

Kasa dla emerytów i inwalidów związku towarzystw lek, austr. weszła w życie z d. 1 stycznia r. b. Do zarządu prowizorycznego wybrani zostali jako przewodniczący prym. Gauster, jako członkowie Drowie Adler, Blum, Hock, Hofmokl, Kohn, Mittler, Scholz i Teleky. Każdy członek téj instytucyi po 25 latach ma prawo do emerytury, a po 5 latach już ma prawo do pensyi, jeżeli stał się niezdolnym do pracy; pensyja ta wynosi 40% emerytury zabezpieczonéj, a im późniéj aniżeli po 5 latach członek staje się inwalidą, tém wyższą jest ta pensyja, bo z każdym rokiem zwiększa się o 3%; tak np. członek który należeć będzie lat 10 do stowarzyszenia, stając się niezdolnym do pracy, pobiera 55% emerytury zabezpieczonéj.

* **Berlin.** Zjazd XIV niemieckiego Towarzystwa chirurgów odbędzie się tu od 8—11 kwietnia r. b. Przewodniczący Langenbeck wzywa chirurgów do nadesłania sobie (Wiesbaden) treści wykładów, kwalifikujących się do rozpraw do d. 1 marca rb.

* **Paryż.** Zjazd chirurgów francuskich odbędzie się w Paryżu, Przygotowaniami zajmuje się komisyja, w skład któréj wchodzą: prof. Trélat jako przewodniczący, prof. Verneuil, Horteloup, Chauvel, Bouilly i Monod, oraz Pozzi jako sekretarz. Według statutu zjazdy odbywać się będą rokrocznie w Paryżu w Wielki tydzień; przystęp mają i chirurdzy zagraniczni. Komisyja ogłasza zarazem szereg kwestyj, mających być roztrząsanemi na pierwszym Zjeździe.

Słynny chemik Chevreuil, nazywający się „seniorem studentów francuskich,“ ukończył 100 rok życia swego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Moskwa.** Mianowani zostali docenci prywatni Dr. Erismann, zwyczajnym profesorem higijeny, nadzwyczajnymi profesorami zaś Bogusławski (farmakologii) Szerwiński (anatomii patolog.), Jelziński (patologii), Ssinizyn (chirurgii), Makajew i Snigirew (położnictwa).

* **Odznaczenie.** Józef Lister mianowany został członkiem zagranicznym pruskiego orderu *pour le mérite.*

* **Nekrologija.** W Wiedniu umarł profesor fizyki lekarskiéj Dr. Maciej Schwanda w 67 roku życia.

W Szczucinie zmarł Dr. Stan. Zawadzki lek. szpit.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 4: Schramma (z kliniki prof. Mikulicza w Krakowie): Wyniki leczenia jodoformem ran łączących się z jamami i otworami ciała; Frejdensona: Przyczynek do kazuistyki przeciwgorączkowego działania antypiryny (dok.); — *Medycyny* Nr. 4 nie doszedł nas.

Redakcyja otrzymała:

Wiestnik kliniczeskoi i sudebnoi psychiatryi i newropatologii Powremennoe izdanie pod redakciei prof. J. P. Mierzejewskago. God wtorou, wypusk II, St. Petersburg 1884, in 8vo str. 345 i 60.

Prof. Dr. OBALIŃSKI: Beitrag zur Laparotomie bei interner Darmocclusion. (Odbicie z „W. med. Presse 1884) in 8vo str. 11.

CLARK BELL (N. York): The medico-Legal Jorrnal, December 1884, New York, in 8vo str. 200.

Dr. E. ZILLNER (we Wiedniu): Studien über Verwesungsvorgänge I Zur Kentniss des Leichenwachses. (Odbicie z „Viertelj. f. ger. Med." 1885), in 8vo str. 31 z 3 tabl.

Dr. J. POLAK: Międzynarodowa wystawa higijeniczna w Londynie. (Odbitka z „Gaz. Lek."). Warszawa 1884 in 8vo str. 29.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 4 lutego o godzinie 6téj w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Obaliński mówić będzie o swych spostrzeżeniach hernijologicznych.

Do Numeru dzisiejszego dołącza się tablicę do artykułu Drów Gluzińskiego i Jaworskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nr. 19.

KONKURS.

W celu nadania stypendyjum jednorazowego na podróż w kwocie 900 zl. z fundacyi JWgo Radcy Stanu Walentego Szklarskiego rozpisuje się niniejszem konkurs.

O stypendyjum to ubiegać się mogą niezamożni uczniowie medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim, którzy studyja swe ukończyli, najdaléj w przeciągu pięciu lat od ukończenia swych studyjów. Każdy z ubiegających powinien się zobowiązać pisemnie, że w razie udzielania mu stypendyjum w prreciągu najbliższego roku złoży egzamina doktorskie, jeżeli ich jeszcze nie złożył a następnie celem dalszego kształcenia się wyjedzie na jeden rok za granicę. W każdym razie wykształcenie za granicą ma mieć za cel przyszłą wprawę naukową w pewnéj gał ęzi lekarskiej bądź teoretycznéj bądź praktycznéj, ma więc być przysposobieniem do zawodu naukowego, a nie do samego l karskiego wykonawstwa. Wymaga się więc dowodów uzdolnienia i zamiłowania naukowego okazywanego jużto w pracowniach jużto w klinikach szczególném przykładaniem się do pewnego rodzaju poszukiwań, dokonywanemi ćwiczeniami i pracami, gorliwém zajmowaniem się jakąś szczególną gałęzią lekarską i t. p.

Jako rękojmi pożytecznie za granicą użytego czasu i funduszu wymagać się będzie od pobierającego stypendyjum dokładnych i wiernych sprawozdań półrocznych piśmiennych z całego toku zajęć naukowych i z osiągniętych niemi wypadków tak pod względem wykształcenia osobistego, jak i zebranych spostrzeżeń, doświadczeń i dokonanych prac.

Podania należy wnieść najdaléj do dnia **8 lutego** b. r. na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego w Krakowie.

Kraków dnia 10 Stycznia 1885.

Stopczański.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Steicla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 7 lutego 1885. № 6. Rok XXIV.

I. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n./W.

Przyczynki do chirurgii żołądkowo-jelitowéj.

II. Trzeci mój przypadek **Wölflerowskiéj** gastroenterostomii w ogóle, a drugi w obec zwężenia odźwiernika po wrzodzie; wyzdrowienie

Podał Dr. Rydygier.

Od czasu, gdy Wölfler opisał swoją gastroenterostomiję, daleko odważniéj możemy podejmować laparotomiję w obec raka i wrzodu odźwiernika. Wiemy bowiem teraz, że w najgorszym razie, jeżeli znajdziemy nowotwór zbyt wielkim lub znaczne zrosty lub inne stosunki niedozwalające wycięcia odźwiernika, nie potrzebujemy zaszywać napowrót jamy brzusznéj sposobiąc się do pokornego wyznania choremu, że stosunki już tak nieszczęśliwe, iż nie można operacyi wykonać. Teraz zastępując wycięcie odźwiernika operacyją Wölflera możemy w obec raka przynajmniéj najprzykrzejszy objaw—zwężenie—usunąć, a w obec wrzodu nawet zupełnie chorego wyleczyć. Dawniejszy mój chory [1]) którego operowałem 13/3 1884, doniósł mi w październiku, że zdrów teraz zupełnie; dziś opisuję trzeci przypadek, który się także szczęśliwie zakończył.

Kożuszkiewicz Bronisław, 32 lat wieku, pochodzi z rodziny, w któréj żadne dziedziczne nie zachodziły choroby. Dotychczas pacyjent wcale nie chorował, miał tylko w czasie służby wojskowéj biegunkę dość długo trwającą.

Choroba obecna rozpoczęła się roku przeszłego od silnego bólu w okolicy dołka sercowego; do tego przyłączyły się wymioty krwawe, a w kilka dni potém i krwawy stolec. Przypady te powtórzyły się późniéj jeszcze dwa razy, tak, że chory czuł się zniewolonym udać się do szpitala Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu. Tam pomimo najracyjonalniejszego leczenia, nie zaniechano i pompy żołądkowéj, stan chorego się nie polepszał i dla tego radca zdrowia Dr. Kaczorowski przysłał go do naszéj kliniki celem wykonania na nim operacyi.

Badając dnia 16/6 1884, znaleźliśmy chorego bardzo wynędzniałego, cery bladéj. Serce, płuca i nerki nie przedstawiają nic nieprawidłowego. Ucisk w okolicy odźwiernika sprawia znaczne bóle; guza wybitnego nie można tam wymacać; żołądek rozszerzony. Ztąd i na podstawie wywiadów rozpoznajemy, zgodnie z kol. Kaczorowskim, wrzód w okolicy odźwiernika i jesteśmy téż jego zdania, że trzeba cierpienie to usunąć za pomocą operacyi, gdyż wszelkie środki wewnętrzne były bez skutku, a chory coraz więcéj na siłach traci.

Dnia 20/6 1884 przystąpiliśmy do operacyi z zamiarem wycięcia odźwiernika. Znaleźliśmy atoli, po otworzeniu jamy brzusznéj, tak rozległe i mocne zrosty odźwiernika i przyległéj części przedniéj ściany żołądka do dolnéj powierzchni wątroby i pęcherza żółciowego, że przekonaliśmy się po krótkich próbach rozdzielenia tych zrostów o niemożliwości zamierzonéj operacyi i natychmiast podjęliśmy Wölflerowską gastroenterostomiję. Operacyję tę wykonaliśmy zupełnie w ten sam sposób, jak w drugim naszym przypadku (por. Przegląd Lek. z r. 1884 Nr. 19). Chciałbym tu szczególną uwagę zwrócić na łatwość odszukania początku jelita cienkiego, jeżeli się trzymamy sposobu polecanego przez Wölflera. Ważną to jest z dwóch względów rzeczą, raz zabezpiecza nas przed niskiém założeniem otworu w jelicie cienkiém, coby mogło odżywienie upośledzić, a powtóre daje nam możność rozpoznania, który koniec jelita jest odprowadzający, a ktory doprowadzający; jak wielkiego to znaczenia, wskazuje już Wölfler.

Przebieg pooperacyjny był nader pomyślnym ciepłota tylko drugiego dnia wieczorem podniosła się do 38,0°, zresztą była zawsze prawidłową. Po tygodniu zmieniliśmy po raz pierwszy opatrunek i znaleźliśmy ranę brzuszną

[1]) Pierwszy mój przypadek gastroenterostomii zakończył się śmiertelnie: drugi (Deiter) wyleczył się; (Por. Przegl. Lek. 1884, Nr. 19).

zagojoną. Jedenastego dnia nastąpił pierwszy stolec po lawatywie, odtąd bywał codziennie regularnie. Dnia 22/7 1884 opuścił operowany zakład nasz, czując się wprawdzie jeszcze słabym, ale bez żadnych dolegliwości. Z domu donosił mi późniéj, że jest zupełnie zdrowym, apetyt ma dobry, stolec regularny, żadnych bólów w okolicy żołądkowéj, a siły powoli także wracają.

Zastanawiając się bliżéj nad wynikiem operacyjnym naszych dwóch gastroenterostomij przyznać musimy, że chorzy zawdzięczają swe życie téj operacyi i że żadna inna w tych przypadkach nie mogłaby jéj zastąpić. Już to daje operacyi Wölflerowskiéj na wszystkie czasy pewne stanowisko pomiędzy rękoczynami chirurgicznemi. Dodajmy do tego jeszcze choć tylko chwilowe, paliatywne powodzenie téj operacyi, jakie mieli inni chirurgowie stosując ją w obec raka odźwiernika, a zupełnie zgodzimy się na wskazania, jakie nakreślił jéj Wölfler (*Zur Technik der Gastroenterostomie und ähnlicher Operationen, Verhandl. der Dt. Ges. f. Chir.* 1883, pag. 22) na Zjeździe chirurgów w Berlinie. Hahn wspominał wtenczas w toku dyskusyi, iż w jednym przypadku raka odźwiernikowego nienadającego się do wycięcia dopomógł sobie w ten sposób, że założył szeroką przetokę żołądkową, dozwalającą rozszerzać zwężony odźwiernik świeczkami i karmić chorego za pomocą cew, przeprowadzonych przez tak rozszerzony odźwiernik do dwunastnicy. Wątpię, czyby kto temu sposobowi oddał pierwszeństwo przed operacyją Wölflera. Każdy z nas wie, ile to niedogodności sprawia choremu przetoka żołądkowa, ile pracy i zabiegów wymaga takie odżywianie od lekarza, o ile więc dogodniejsze i przyjemniejsze jest odżywianie po gastroenterostomii i dla chorego i dla lekarza!

W obec wrzodu zwężającego odźwiernik możnaby wątpić, czy nie zasługuje na pierwszeństwo sposób rozszerzania palcami podany przez Lorettę. Niestety nie znalazłem w żadnym z czterech opisanych przez Albertyniego przypadków wzmianki o późniejszém powodzeniu operowanych, a przyzna każdy, że obawiać się trzeba, czy po pewnym czasie blizny rozszerzone znowu się nie skurczą. Ja przynajmniéj nie odważyłbym się w takim przypadku po jednokrotném rozszerzeniu zamknąć przetoki, ale wolałbym już, jak Hahn, pozostawić ją na pewien czas i częściéj rozszerzać, a dopiero gdybym nie widział żadnéj skłonności do powrotu zwężenia, wtenczas zamknąłbym przetokę.

Co do sposobu operowania, to postępowałem podług przepisów Wölflera, różniąc się tylko o tyle, że zamiast szwu węzełkowego użyłem szwu kuśnierskiego. Jak to już wspomniałem opisując drugi przypadek wahałem się, czy nie zastósować się do rady Courvoisiera (*Gastroenterostomie nach Wölfler bei impermeablen Pyloruscarcinom. Centr. f. Chir.* 1883, Nr. 49). Obydwa moje przypadki dowodzą, że obawy jego w praktyce nie znajdują poparcia; trzeba tylko ściśle podług przepisu Wölflera o 40—50 cm. poniżéj fałdu dwunastnico-jelitowego (*plica duodenojejunalis*) zrobić otwór w jelicie a otrzymamy tak wielką pętlę, że nie zaciśnie okrężnicy poprzecznéj w miejscu, gdzie się z nią krzyżuje. Powtarzam raz jeszcze, że w obu moich przypadkach stolec bywa regularny, czasem 2 razy dziennie, co dowodzi, że krążenie kału musi być swobodne.

Początkowo obawiałem się, żeby czasem nie nastąpiły owrzodzenia w miejscu zwężenia w jelicie z obiegu wykluczoném. Można bowiem przypuszczać, że część potraw dostaje się mimo otworu w żołądku do dwunastnicy i tam doszedłszy do zwężonego miejsca pozostaje drażniąc ściany a nawet w najgorszym razie wywołując owrzodzenie i przedziurawienie. Jednakże już badania na psach, których wykonanie poleciłem śp. Andersonowi, b. mojemu asystentowi, wykazały, że tego obawiać się nie potrzebujemy. Psy atoli znoszą tak dobrze wszelkie rękoczyny na drogach pokarmowych, że nie zupełnie ufałem wynikom tych badań. Ostatnie dwa moje przypadki i pod tym względem mnie uspokoiły.

II. Z zakładu Patologii doświadczalnéj prof. Dra Adamkiewicza.

O przyrodzie drżenia i odruchów ścięgnistych.

Podał Dr. Jan Prus,
asystent tego żzakładu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

Obznajmiwszy się dokładnie na nastrzykanym trupie królika z rozgałęzieniem się nerwów i tętnic dochodzących do poszczególnéj głowy mięśnia wyprężacza uda, wyćwiczyłem się w oddzielaniu mięśnia wspomnianego od jego przyczepin bez naruszenia jego nerwów i tętnic. Ponieważ operacyja ta nie jest zbyt łatwą, muszę ją nieco szczegółowiéj opisać. Przeciąwszy skórę na udzie i odsłoniwszy mięsień czterogłowowy bez wszelkiego nadwyrężenia osłon tkankowych mięśnia oddzielam najprzód więzadło rzepkowe od kości goleniowéj i dolną połowę tegoż mięśnia od kości udowéj. Następnie odłączam mięsień czterogłowowy od mięśni sąsiadujących z nim od strony zewnętrznéj i od góry tak, że widać dokładnie krętarze uda. Tuż powyżéj krętarza wielkiego przebiega nerw, który rozgałęzia się w mięśniu szerokim zewnętrznym (*m. vastus externus*), a w okolicy przedniego dolnego wyrostka ościstego kości biodrowéj znajduje się drugi grubszy nerw, oddający przeważną część swych włókien do mięśnia prostego (*m. rectus cruris*), a mniejszą część do mięśnia szerokiego środkowego. Zapamiętawszy sobie dobrze położenie tych nerwów oddzielam teraz przyczepiny mięśnia szerokiego zewnętrznego od kości udowéj a następnie odcinam od kości biodrowej mięsień prosty i oba mięśnie szerokie uda, nie naruszając wcale wspomnianych nerwów. Po ostrożném przecięciu powięzi pokrywającéj tętnicę i nerw udowy i po należytém odsłonięciu gałązek téjże tętnicy i nerwów dochodzących do mięśnia czterogłowowego, uwiązuję na mocnéj nitce z jednéj strony ścięgno rzepkowe, a z drugiéj strony każdą z poszczególnych głów wspomnianego mięśnia. W ten sposób zostaje cały mięsień tylko za pośrednictwem swych nerwów i tętnic w związku z łapką królika. Przez odpowiednie trzymanie nitek można podnieść w górę mięsień czterogłowowy tak, że nie dotyka nigdzie kości, a jego nerwy i tętnice nie są wcale naciągnięte. Uderzając teraz więzadła rozprzestrzeniające się po wewnętrznéj i zewnętrznéj stronie stawu kolanowego, mogłem stwierdzić, że skurcz wolno wiszącego mięśnia czterogłowowego pojawiał się zawsze, skoro tylko łapka zgiętą była w stawie kolanowym i biodrowym. Odruchy ścięgniste występowały również nietylko we wspomnianym mięśniu, lecz także w mięśniach przywodzących, w mięśniach grzbietu, a nawet po przeciwnéj stronie i to tak przy uderzaniu odpowiednio naprężonego ścięgna rzepkowego, jak niemniéj przy ukłuciu szpilką wewnętrznéj powierzchni stawowéj. Ze szczególnym naciskiem uwydatnić tu muszę, że skurczu mięśnia czterogłowowego nie można wywołać przy tych doświadczeniach, jeżeli którykolwiek ze wspomnianych nerwów uszkodzonym

zostanie, lub też jeżeli skutkiem zaburzeń w krążeniu zmieni się ich pobudliwość, przyczém porażenie naczyń z powodu przecięcia rdzenia niemałą odgrywa rolę.

Doświadczenia te przemawiają niezbicie przeciw teoryi Westphala, a świadczą za prawdziwością teoryi odruchowéj. Przy uderzaniu bowiem więzadeł kolanowych możemy stanowczo wykluczyć udzielenie się choćby najmniejszego nawet wstrząśnienia wolno wiszącemu mięśniowi czterogłowowemu. W tym razie więc skurcz tegoż mięśnia uważać musimy tylko jako odruch. Na odwrót przy uderzaniu uwiązanego ścięgna rzepkowego niepodobna myśleć o wstrząśnieniu mięśni przywodzących, mięśni grzbietu itp. Skurcz tych mięśni w naszych doświadczeniach jest więc także odruchem. Do poparcia teoryi odruchowéj posłużyć nam nadto może okoliczność, że odruchy ścięgniste posiadają wszystkie niemal cechy, właściwe innym powszechnie znanym odruchom.

Nikt nie wątpi, że odruchy ścięgniste, podobnie jak inne odruchy, przychodzą do skutku bez przyczynienia się woli. Przy odruchach w ogólności kurczą się zawsze wszystkie włókna odpowiedniego mięśnia, a nie jakaś ich cząstka. Przy odruchach ścięgnistych kurczy się także zawsze cały mięsień czterogłowowy lub czasem, co ważniejsza, i mięśnie, które wspólnie z nim nieraz działają, jak np. mięśnie przywodzące uda. Natomiast przy mechaniczném drażnieniu mięśnia widzimy zazwyczaj tylko skurcz poszczególnych włókienek mięsnych.

Wiadomo, że Pflüger zdołał ująć odruchy w pewne prawidło, które brzmi, że pobudzenie nerwów czulnych przenosi się najprzód na te nerwy ruchowe, których początki leżą w tym samym poziomie po téj saméj stronie, późniéj po stronie przeciwnéj, następnie na te nerwy, których początki leżą bliżéj rdzenia przedłużonego itd. W najpiękniejszéj zgodzie zostają odruchy ścięgniste z powyższém prawidłem, za czém świadczą nietylko powyżéj przytoczone doświadczenia na królikach, lecz także spostrzeżenia kliniczne. Erb, Westphal, Strümpell, Jendrassik i wielu innych mieli sposobność obserwowania odruchów ścięgnistych skrzyżowanych, odległych itp.

Przy odruchach nie jest wcale obojętném miejsce drażnienia. Wiadomo, że na odruchy skórne są szczególnie wrażliwe: skóra na podeszwie, na dłoni, pod pachami itd. Odruchy zaś ścięgniste najłatwiéj wywołać przez uderzenie ścięgna rzepkowego. Nie dosyć na tém. Czasem napotykamy osoby niewrażliwe wcale na drażnienie podeszwy lub skóry pod pachami itp. Tak też trzeba pojąć, mojém zdaniem, fakt, że ścięgno rzepkowe nie u wszystkich osób odpowiada na uderzenie skurczem mięśnia czterogłowowego. Bloch (*Arch. f. Psych. u. Nervkr.* t. XII) i wielu innych zauważyli bowiem, że u niektórych osób zupełnie zdrowych brak był odruchów ścięgnistych.

W końcu wypada jeszcze wspomnieć o jednéj właściwości odruchów. Seczenow, Goltz, Schiff, Herzen, Lewisson, Freusberg i inni wykazali, że odruchy stłumić można przez drażnienie nerwów czulnych lub mięszanych. Nie wdając się w szczegółowy rozbiór różnych teoryj o tamowaniu odruchów, chcę tu tylko wspomnieć, że i odruchy ścięgniste mogą być wstrzymane na drodze odruchowéj.

Wobec tego nie ulega żadnéj wątpliwości, że odruchy ścięgniste są przyrody odruchowéj. Tém jednak nie wyczerpnęliśmy jeszcze przedmiotu w mowie będącego. Uwydatnić bowiem nadto należy, że odruchy ścięgniste są wyrazem napięcia mięśniowego. Podwyższenie się odruchów ścięgnistych świadczy o powiększeniu się napięcia mięśniowego i na odwrót, brak ich jest wyrazem zniesionego napięcia mięśniowego.

Prof. Adamkiewicz w pracy swéj o „prawidłowéj czynności mięśni“ (Rozprawy krakowskiéj Akademii Umiejętności Wydz. matem.-przyrodn. tom VIII, 1881. Obacz. Przegl. Lek., 1883, Nr. 2 i 3) wykazał, że fizyjologiczne napięcie mięśniowe jest wynikiem działania dwóch przeciwniczych pobudzeń nerwowych. Jedno pobudzenie bieży w powrózkach tylnych rdzenia pacierzowego, drugie zaś po drogach piramidalnych. Podczas gdy powrózki tylne utrzymują napięcie mięśniowe, to drogi piramidalne tamują to napięcie. Teraz nie trudno pojąć, dla czego w przypadkach, w których powrózki tylne ulegają zniszczeniu, np. w uwiądzie rdzenia, nikną odruchy ścięgniste, a mięśnie posiadają nadmierną wiotkość tak, że wszelkie ruchy bierne można nadzwyczaj łatwo wykonywać. Z drugiéj zaś strony jasną jest rzeczą, że wobec przerwy dróg piramidalnych wzmaga się napięcie mięśniowe i potęgują się odruchy ścięgniste. W tym bowiem razie odpada owa fizyjologiczna tama, którą stawiają drogi piramidalne napięciu mięśniowemu. W tym względzie nie ma różnicy, czy przerwa dróg piramidalnych nastąpiła w mózgu, czy w rdzeniu. Wiadomo, że drogi piramidalne przewodzą podniety woli i że biorą swój początek na korze mózgowéj płatów czołowych i części płatów ciemieniowych. Jest to obszar „ośrodków dla wyobrażeń o ruchach“ (*Fühlsphäre*). Ztąd biegną one do ośrodków podkorowych, czysto ruchowych i dążą przez wieniec pręcikowy (*corona radiata*), torebkę wewnętrzną (*capsula interna*), szypułki mózgowe (*pedunculi cerebri*), przez most Varola do rdzenia przedłużonego. Tu w tak zwanych piramidach krzyżuje się większa część włókien. Włókna skrzyżowane przechodzą w powrózki boczne rdzenia pacierzowego, a nieskrzyżowane biegną w powrózkach przednich. Wreszcie dostają się do szaréj istoty rdzenia i kończą się w komórkach zwojowych, znajdujących się w przednich rogach istoty szaréj. Czynność tego systemu dróg nerwowych jest dwojaką: 1) pobudzenie ruchów dowolnych, 2) tamowanie napięcia mięśniowego, które jest utrzymywaném przez powrózki tylne. Nadto dodać winniśmy, że powrózki tylne oprócz pobudzania i utrzymywania napięcia mięśniowego działają przeciwniczo na czynność dróg piramidalnych, tamując i regulując ruchy dowolne. Ten właśnie wzajemny antagonizm obu wspomnianych dróg nerwowych tłumaczy nam dokładność najdrobniejszych ruchów, kompenzuje przy ich wykonywaniu bezwładność masy mięśniowéj i pozwala nam zrozumieć, dla czego wszelki, choćby najsilniejszy, ruch nie przekracza nigdy zamierzonego celu. Z drugiéj zaś strony jasną jest rzeczą, że po zniszczeniu jednéj z tych dróg odpada zarazem jéj wpływ tamujący. Dla tego też po zniszczeniu dróg piramidalnych zwiększa się napięcie mięśniowe i podwyższają się odruchy ścięgniste. Zwiększone napięcie mięśniowe objawia się zwiększonym oporem, jaki napotykamy przy wykonywaniu ruchów biernych. Sąto tak zwane objawy kurczowe (spastyczne), których najwyższym stopniem są przykurczenia (kontraktury). Powiększenie odruchów ścięgnistych ma kilka okresów, jak to już na wstępie wspomnieliśmy. Wszystkie okresy stopniowego podwyższenia np. odruchów ścięgnistych mógł zauważyć prof. Adamkiewicz w najpiękniejszéj

formie przy wzrastającym ucisku mózgu drugiego stopnia. Kreśląc za pomocą odpowiedniego przyrządu dźwigniowego odruchy ścięgniste królika, któremu blaszkownica, wprowadzona przez otwór trepanacyjny między czaszkę a oponę twardą ugniatała mózg stopniowo w miarę jéj pęcznienia, przekonał się on, że od chwili pojawienia się porażenia połowiczego podwyższają się odruchy ścięgniste po stronie porażonéj. Później, jeżeli porażenie przechodzi także na drugą stronę, występuje obustronne spotęgowanie się objawu kolanowego, a wkrótce zauważyć można, że jednorazowe uderzenie ścięgna rzepkowego wystarcza do wywołania objawu kolanowego po obu stronach. Następny okres cechuje się bardzo wybitnie. Występuje bowiem cały szereg skurczów mięśnia czterogłowowego za każdém uderzeniem ścięgna rzepkowego. Objaw ten nazwał prof. Adamkiewicz „drżeniem ścięgnistém", którego identyczność z „epilepsyją rdzeniową" Brown-Séquarda cechuje się nadto równoczesném pojawieniem się objawu stopowego. Jak wiadomo, objaw stopowy odznacza się drżeniem stopy przy biernem zgięciu stopy ku jéj grzbietowi. Wreszcie występuje „samoistne drżenie" jako wyraz spotęgowanych do najwyższego stopnia odruchów ścięgnistych. I tu odróżnić jeszcze można pewne odcienia. Pierwsze początki samoistnego drżenia charakteryzują się maleńkiemi, dosyć regularnemi wahaniami. Później wkradają się tu i ówdzie silniejsze, nieregularne drgania, które, rugując coraz więcéj drobne fale, przedstawiają obraz graficzny, podobny do krzywéj wskazującéj wahania parcia ościennego. Widocznemi bowiem są podwójne wahania. Większe wahania odpowiadają ruchom całéj od nogi, mniejsze zaś oznaczają drżenie łapki. W miarę tego jak wzmaga się drżenie, pojawiają się nieregularne falowania, w których odszukać można poszczególne opisane formy drżenia, rozrzucone tu i owdzie w wielkim zamęcie. Wszystkie te objawy są wyrazem stopniowego wyswobodzania się czynności powrózków tylnych od tamującego wpływu dróg piramidalnych.

Doświadczenia te wyświecają nam dokładnie przyrodę drżenia. Okazują bowiem, że drżenie jest czynnością powrózków tylnych i występuje na jaw jako wyraz ostatecznego zwichnięcia równowagi między pobudzeniem dróg piramidalnych a powrózków tylnych.

Jeżeli zapatrywanie to jest słusznem, to musimy się spotkać z drżeniem w innych także stanach chorobowych, w których cierpią drogi piramidalne. Tak téż jest istotnie. Wiadomo bowiem, że w porażeniu kurczowém, polegającém na schorzeniu powrózków bocznych, pojawia się drżenie. Podobnież w stwardnieniu mózgu i rdzenia (*sclerosis cerebrospinalis*), łączącém się ze schorzeniem dróg piramidalnych, występuje drżenie, a drżące pismo jest w téj chorobie charakterystycznym objawem. Drżenie w porażeniu ogólném postępowém (*paralysis progressiva generalis*), w przewlekłém zatruciu wyskokiem odnieść również musimy do zajęcia dróg piramidalnych.

Aby dostarczyć jeszcze nowego doświadczalnego dowodu, że drżenie jest spotęgowaniem się do najwyższego stopnia odruchów ścięgnistych, należało albo przeciąć drogi piramidalne, albo podwyższyć w ogólności odruchowość ustroju.

Przecięcie dróg piramidalnych przedstawia bardzo wiele trudności technicznych, łatwo bowiem uszkodzić można sąsiednie drogi nerwowe, lub téż pozostawić pewną część dróg piramidalnych nietkniętą. Użycie trucizn, np. strychninu, podwyższających odruchowość, okazało się również nieodpowiedniém. Pomijając bowiem wielką różnicę w indywidualności, nie można było z wszelką swobodą stopniować zatrucia. Natomiast sprowadzenie stopniowo wzmagającéj się niedokrewności ustroju odpowiedziało najzupełniéj naszemu celowi. Na tę myśl naprowadziło mnie spostrzeżenie, że ostra ogólna niedokrewność ustroju łączy się z podwyższeniem odruchowości.

Do doświadczeń używałem królików uśpionych morfinem i eterem. Odsłoniwszy tętnicę szyjną wprowadzałem do jéj wnętrza maleńką kaniulę, opatrzoną kurkiem, przez odkręcenie którego mogłem dowolną ilość krwi królikowi upuścić do naczynia kalibrowanego. Uwzględniając, że króliki ważyły średnio po 1800gr. przypuścić możemy, że całkowita ilość krwi każdego królika wynosiła mniéj więcéj 138cm.sz. ($^1/_{13}$ część ciężaru ciała). Po upuszczeniu 20cm.sz. krwi, t. j. $^1/_7$ części całéj ilości krwi królika, podwyższyły się nieco odruchy ścięgniste. Po upuszczeniu następnie 15cm.sz. krwi (ogólna utrata krwi wynosiła teraz $^1/_4$ całéj ilości krwi) pojawiły się obustronnie spotęgowane odruchy ścięgniste po uderzeniu ścięgna rzepkowego po jednéj stronie. Przy następnym upuście 10cm.sz. krwi (królik stracił więc już $^1/_3$ swéj całkowitéj ilości krwi) wystarczyło jedno słabe uderzenie trzonkiem małego nożyka do wywołania całego szeregu skurczów mięśnia czterogłowowego. Jestto ten stopień odruchów ścięgnistych, który prof. Adamkiewicz nazwał, jak wspomnieliśmy, „drżeniem ścięgnistém". Powiększywszy niedokrewność królika o następne 10cm.sz. można było stwierdzić objaw stopowy, a gdy upuściłem królikowi jeszcze 10cm.sz. krwi, t. j. gdy królik utracił w ogóle blisko połowę krwi, pojawiło się samoistne drżenie. Najwybitniéj drżały łapki tylne, przyczém zauważyć można było drgania mniejsze i większe, wstrząsające całém ciałem. Przy następnym upuście krwi (10cm.sz.), gdy utrata krwi wynosiła przeszło połowę pierwotnéj ilości krwi, wystąpił gwałtowny tężec w mięśniach wypreżaczach łapek, trwający przez kilkanaście sekund, poczém krótka pauza i znów takiż tężec. Teraz pojawiło się kilka skurczów w mięśniach zginających, a następnie tężec tylny (*opisthotonus*). Po krótkiéj chwilce spoczynku nastąpiło zwiotczenie wszystkich mięśni ustroju i zupełne zniesienie odruchów ścięgnistych. Po kilku minutach spoczynku pojawiły się mozolne kurcze wdechowe, zwolna słabnące, a wreszcie śmierć.

Z doświadczeń tych widzimy, że przy stopniowo wzrastającéj ostréj niedokrewności ustroju potęgują się odruchy ścięgniste w tym samym kolejnym porządku i odcieniach, jak przy stopniowym ucisku mózgu. Co najważniejsza, tak w jednym jak i drugim razie pojawia się drżenie samoistne na szczycie odruchów ścięgnistych. Nie ulega więc wątpliwości, że drżenie występujące skutkiem znacznego upustu krwi jest także wyrazem spotęgowanych do najwyższego stopnia odruchów ścięgnistych. Porównajmy jeszcze ilość utraconéj krwi z początkowém i końcowém zachowaniem się odruchów ścięgnistych. Wiadomo, że ustrój straciwszy mniéj niż $^1/_4$ część krwi regulować może parcie ościenne krwi, gdy jednak straci więcéj niż $^1/_4$ część krwi, nie jest już w stanie utrzymać pierwotnego parcia krwi, lecz następuje teraz stałe obniżenie parcia i zwolnienie prądu krwi; a wreszcie wtedy, kiedy utrata krwi wynosi połowę całkowitéj ilości krwi, następuje śmierć.

Z naszych doświadczeń okazuje się, że okresy pod-

wyższonych odruchów ścięgnistych przypadają na ów czas, w którym utrata krwi u królika wynosiła $^1/_4$ aż do $^1/_2$ pierwotnéj ilości krwi. Okres ten odpowiada więc drugiemu stopniowi ucisku mózgu. Tak tu jak i tam bowiem jest nadwyrężoną fizyjologiczna regulacyja. Przed tym okresem jest pierwszy stopień. Podobnie jak mózg znosi bezkarnie pierwszy stopień ucisku, tak też i ustrój reguluje bez uszczerbku obniżone parcie krwi. Okres trzeci zaś kończy się w pierwszym razie zniszczeniem tkaniny mózgowéj, a w drugim razie śmiercią ustroju. Jak widzimy panuje między wynikami doświadczeń nad uciskiem mózgu i nad upustem krwi zupełna harmonija i zgodność.

Zapytać się teraz musimy, czy przyczyną podwyższonych odruchów ścięgnistych przy upuście krwi jest niedokrewność rdzenia?

Aby dać odpowiedź na to pytanie, podwiązałem tętnicę główną brzuszną u królików w celu wywołania niedokrewności w lędźwiowéj części rdzenia. Jak już bowiem wspomniałem, pośredniczy przy odruchach ścięgnistych (objaw kolanowy) u królika rdzeń pacierzowy w wysokości 6go korzenia lędźwiowego. Przy doświadczeniach tego rodzaju okazało się, że w kilka minut po podwiązaniu tętnicy głównéj brzusznéj poniżéj odejścia tętnic nerkowych występuje porażenie łapek tylnych i zniesienie odruchów ścięgnistych. Jeżeli przewiązkę zaciskającą tętnicę główną usunie się po kwadransie lub po pół godziny, a nawet po 3ch kwadransach, to porażenie ustępuje w ciągu kilku lub kilkunastu minut, a odruchy ścięgniste można znów wywołać w pierwotnéj sile. Jeżeli przewiązka leży dłużéj niż godzinę, to porażenie już nie ustępuje po zdjęciu przewiązki. Doświadczenie to dowodzi, że zupełne odcięcie krwi od rdzenia rychło upośledza czynność rdzenia, nie sprowadzając podwyższenia odruchów ścięgnistych.

Spotęgowania się więc odruchów ścięgnistych śród ogólnéj niedokrewności nie możemy tłumaczyć niedokrewnością rdzenia. Natomiast musimy na podstawie naszych doświadczeń orzec, że ogólna niedokrewność ustroju pochodząca z utraty więcéj niż $^1/_4$, a mniéj niż $^1/_2$, ilości krwi, upośledza czynność dróg piramidalnych w miarę tego, jak wzmaga się utrata krwi w wspomnianych granicach. Takie pojmowanie rzeczy wyjaśnia nam stopniowe podwyższanie się odruchów ścięgnistych aż do drzenia. Powrózki bowiem tylne, uwalniając się od tamującego wpływu dróg piramidalnych, potęgują napięcie mięśniowe, a wraz z niém także odruchy ścięgniste, których najwyższym stopniem jest drżenie.

III. O kokainie i jego wartości leczniczéj, mianowicie w dziedzinie okulistyki.

Napisał Dr. B. Wicherkiewicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

John Green przekonał się o tym błogim skutku kokainu na trzech przypadkach drżenia gałek, w których dopiero po należytém kokainizowaniu gałki tak dalece się uspokoiły, że mógł dostatecznie wziernikiem zbadać wszelkie szczegóły dna oka i oznaczyć stan łamliwości. Ponieważ zaś zarazem przekonał się, że jeszcze po 24 godzinach trwał wpływ na uspokojenie drżenia gałek, przeto spodziewa się, iż dłuższe używanie tego środka w tém cierpieniu może sprawić stałe polepszenie.

W ostatnim czasie miałem również sposobność potwierdzenia wpływu naszego środka na wahadłowe poruszenia gałek, tylko że drżenie gałek w moim przypadku nie ustało zupełnie lecz osłabło jedynie co do ilości poruszeń w pewnym danym czasie i pod względem objętości.

Nie tylko w saméj okulistyce, ale jak już wspomniałem i w innych gałęziach nauki naszéj, umiano korzystać z cennych własności środka nie nowego, ale świeżo należycie ocenionego.

I tak Józef Hoffmann (*Wien. med. Presse* Nr. 50, r. 1884) używał kokainu z wyśmienitym skutkiem w pochwicy (*vaginismus*) i w świądzie sromu (*pruritus vulvae*). W pierwszym razie zakładał czopki zawierające 0,035 a późniéj wkładał skubankę maczaną w 3% rozczynie kokainowym. W świądzie zaś stósował 3% maść waselinową.

Fränkel w Wrocławiu (*Centralbl. f. Gynaecologie*) powiada, że chcąc przy mniejszych rękoczynach zastósować kokain, pędzlował 5% rozczynu ale bez skutku, dopiero silniejsze i to 10—20% rozczyny, doprowadziły do pożądanego celu. Dla wytłumaczenia różnicy działania pod względem tegoż roztworu na błonę śluzową oka z jednéj strony, a na takąż błonę części rodnych z drugiéj strony, przypuszcza Fränkel, że zdolność wessania błony śluzowéj sromu, pochwy i części pochwowéj macicy dla nabłonka brukowatego, two-rzącego tutaj kilka pokładów, jest słabszą aniżeli przy oku.

W chorobach gardła i nosa używał Jelinek (*Wien. med. Wochenschrift* Nr. 45, r. 1884) kokainu jako środka znieczulającego i ułatwiającego nadzwyczaj badanie wziernikiem, tak samo Bosworth (*Med. Record* 1884, Nr. 15).

Oto główne głosy jakie odezwały się w naszych czasach w sprawie kokainu, a szereg autorów piszących o tym przedmiocie ciągle się jeszcze wzmaga. Środek, o którym, wprowadzając go we świat, mówiono, że cudów dokazuje, nabrał już tyle rozgłosu, że nie tylko koła lekarskie ale w ogóle publiczność żywo nim się zajęła. Przytaczać wszystkich szczegółów nie podobna, nie chcąc szanownych słuchaczów nużyć, o niektórych zniewolony będę jeszcze wspomnieć późniéj, teraz zaś pozwólcie Panowie, abym własnemi spostrzeżeniami zajął jeszcze na chwilę Waszą uwagę.

Dzięki grzeczności p. Mercka z Darmstadtu, który uprzejmie dostarczył mi do doświadczeń odpowiedniéj ilości chlorku, salicylanu i bromku kokainowego, mógłem już wcześnie korzystać z cennych własności tego środka. To też stósowałem go wszędzie, gdzie najmniejsze do tego przedstawiało się wskazanie.

Liczby przypadków, w których kokainu używałem, nie umiem dokładnie oznaczyć. Stósowałem kokain prawie przy wszystkich operacyjach a mianowicie: przy operacyi zaćmy u ludzi starych; przy operacyi zaćmy wrodzonéj u dzieci, w zaćmie urazowéj; przy irydektomijach tak w celach optycznych jako też leczniczych wykonanych; przy irydotomii; przy operacyi gradówki; przy rozszerzeniu sztuczném zwężonéj szpary; przy operacyjach zezu; przy operacyi zwieszenia powieki; przy operacyjach wrostu rzęsów; przy wywróceniu powiek; przy rozcinaniu kanalików łzowych; przy rozszerzaniu przewodów łzowych; przy wyjmowaniu ciał obcych z rogówki itd.

Stósowałem 2%, 5% i 10%towy rozczyn i maść

5 i 10%, a streszczając wynik moich doświadczeń, w ogólności potwierdzić mogę główne własności przypisywane i z innych stron temu środkowi.

Nie chcąc powtarzać rzeczy powyżéj już przytoczonych, pomijam je, a wspomnę tylko o tém, co wcale dotąd nie było poznaném a głównie o tém, co do odmiennych zapatrywań lub przedstawień dało powód.

Otóż przedewszystkiém nie uważałem żadnéj ważniejszéj różnicy pomiędzy trzema zastósowanemi preparatami, jedynie salicylan kokainu, w silniejszych roztworach zapuszczany, wywoływał silniejszy ból od innych wytworów.

Lubo 2%towy roztwór najzupełniéj wystarczał, ażeby po kilkorazowém zapuszczeniu do worka spojówkowego wywołać znieczulenie spojówki i rogówki, to w silniejszym jednakże stopniu udawało się to uczynić z 5%, a tém bardziéj z 10%, który atoli w chwili zalania wywołuje lekkie palenie.

Maść kokainowa 5% i 10% wywiera także ten sam skutek co i roztwór, lecz w mniéj silnym stopniu, a to prawdopodobnie z powodu, że tłuszcz (waselina), służący za zaróbkę, osłabia nieco działanie bezpośrednie kokainu na kończyny nerwowe.

Jeden z autorów, nie pomnę już który, twierdzi, że po zastósowaniu roztworu kokainu wzrok chorego nieco słabnie i przypisuje to lekkiemu zamgleniu rogówki. O zamgleniu takiém sam przekonać się nie mogłem a nieznaczne osłabienie wzroku, objawiające się istotnie niekiedy po zalaniu kokainu, powstaje niezawodnie w skutek tego, że silniejszy rozczyn [1]) kokainowy, który sprawia w palcach uczucie tłustości, zawiera drobne cząsteczki kokainu nierozpuszczone ale raczéj w nim tylko zawieszone. Cząsteczki te pokrywają cienką warstwą przednią powierzchnię rogówki, o czém się łatwo przy ukośném oświetleniu i przy użyciu powiększającego szkła przekonać możemy.

Wycinanie tęczówki było prawie zawsze, gdy słabego użyłem rozczynu kokainu, o ile sądzić mogłem, w tym samym uczuwane stopniu, jak bez kokainizowania. Inaczéj gdy silniejsze roztwory kilkakrotnie przed operacyją zapuszczałem. Wtenczasto bowiem i przy wycinaniu tęczówki chory żadnego nie zdradzał bólu. Przy zwyczajném zresztą wycinaniu tęczówki, dokonywaném w celach optycznych, lub dla wydobycia zaćmy prawidłowéj, nie dawał się nawet po zastósowaniu słabych rozczynów żaden ból we znaki; część ta atoli rękoczynu nie jest i bez znieczulenia zbyt przykrą. Natomiast tam, gdzie tęczówka znajdowała się w stanie podrażnienia i przekrwienia, jak np. w jaskrze, chory, który zakładanie kleszczy, unieruchomienie gałki, przecięcie rogówki zniósł zupełnie bezboleśnie, dawał nieraz nader wyraźne znaki boleści śród wycinania tęczówki.

Pod względem skutku kokainu na znieczulenie tęczówki autorowie różnych są zdań, i tak Panas, który wyniki swych badań przedłożył Akademii lekarskiéj w Paryżu w dniu 18 listopada 1884, potwierdzając we wszystkiém prawie to, co podał o kokainie Koller powiada jednak: „*Par contre, l'iris conserve toujours plus ou moins de sa sensibilité propre, et les opérés accusent une sensation, ou même de la douleur, lorsque l'aiguille à discision frôle la membrane. A plus forte raison, si l'on vient à piquer l'iris ou à le saisir avec des pinces pour l'exciser, les malades poussent-ils le plus souvent un léger cri. Toujours est-il que ce temps de l'opération, le plus douloureux de tous comme on sait, l'est bien moins que lorsqu'on ne fait pas usage de la cocaïne. L'opération de l'iridectomie et celle de l'iridotomie par contre ne se passent pas sans douleur, et il y aura sans doute encore des cas, ou l'on devra avoir recours de préférence à l'emploi du chloroforme, comme par le passé,*" a Dr. Blanc (*la Thérapeutique contemporaine médicale et chirurgicale*, 21 novembre 1884) nie przyznaje kokainie żadnego wpływu na znieczulenie tęczówki i tak się wyraża: *Même après des instillations répétées de cocaïne, les patients accusent alors une douleur assez vive, tandis que l'incision de la cornée avait passé inaperçue.*"

Otóż nie będę przytaczał zdań innych lekarzy, ale raczéj wyrażę własne przekonanie, oparte na licznych doświadczeniach, że niewątpliwie i tęczówka po silném 4—5 razowém krótko po sobie następującém zapuszczeniu silnych roztworów kokainowych dużo traci na czułości, jeżeli zaś chorzy zdradzają ból nawet i wtenczas śród irydektomii, to dzieje się w chwili, gdy tęczówkę silniéj, chcąc ją obwodowo wyciąć, przyciągamy.

Jeżeli zaś, jak to Meyer w Paryżu czynił, po cięciu rogówkowém ponownie zapuścimy kokain i odczekamy minut kilka, natenczas tęczówka staje się równie nieczułą jak i spojówka i rogówka. — Także Adolf Alt twierdzi stanowczo, że tęczówka przez kokain staje się mniéj czułą, a traci zupełną czułość, skoro na wypadniętą po przecięciu rogówki tęczówkę zapuszczał świeżo kilka kropel kokainu.

Z podaniami powyższemi, jakoby znieczulenie tęczówki nastąpiło snadniéj, skoro wprost na nią zapuszczamy środek znieczulający, stoi w przeciwieństwie doświadczenie prof. Lucyjana Howego, który podawszy doświadczenia zrobione na zwierzętach w instytucie fizyjologicznym Akademii rolniczéj w Berlinie (*Fortschritte der Medicin II*, Nr. 22) wspomina, że obok spojówki i rogówki znieczula się, lubo słabo, i tęczówka, ale wstrzyknięty roztwór kokainowy do przedniéj komórki po odpłynięciu cieczy wodnéj nic więcéj znieczula tę błonę od prostego zapuszczenia do worka spojówkowego.

Czy na przebieg gojenia się po wyżéj przytoczonych operacyjach kokainizowanie jakikolwiek miało wpływ, nie śmiałbym wnioskować z przypadków, które, lubo dobrze się przedstawiały, mogły jednakże i bez kokainu również korzystny mieć przebieg.

Nadzwyczaj błogim wydawał mi się wpływ dzielnego zastósowania kokainu w operacyjach zezu, gdzie nawet dzieci niesforne po kilkakrotném co 5 minut powtarzaném zapuszczaniu kokainu, zrazu z obawy przed operacyją lękliwe, zachowały się spokojnie, skoro się przekonały, że instrumenta zakładane nie sprawiają bólu.

Przecinanie spojówki i blaszki Tenona odbywa się przytém prawie bez uronienia krwi z powodu nastającego zwężenia naczyń powierzchownych, natomiast po przecięciu mięśnia, które niemiłe robi operowanemu wrażenie, powstaje, jeżeli nie silniejszy to przynajmniéj zwykły krwotok.

Co do krwotoku to robiłem różne spostrzeżenia i przy wycinaniu tęczówki, w kilku bowiem przypadkach operacyi zaćmy przecięcie spojówki i rogówki odbyło się prawie bez utraty krwi, tém zaś silniejszy powstawał niekiedy krwotok przy wycięciu błony tęczowej, a jak w tamtym tak i w tym ra-

[1]) W 10% roztworze wodnym część alkaloidu nierozpuszczalna osadza się jako płyn ciężki, czerwono-żółty na spodzie butelki, gdy zaś zawartość téjże skłócimy, otrzymujemy płyn, jakby z mlekiem zmięszany.

zie skłaniałem się do przypuszczenia, iż krew ustępując pod wpływem kokainu z powierzchownych warstw gałki tém silniéj napełnia inne głębsze lub sąsiednie obwody. Spotykaliśmy się nieraz z uwagą, że przecięcie kanaliku łzowego pod wpływem kokainu jest bezbolesném, czemu się nie dziwię, gdyż rękoczyn ten mały w ogólności, gdy szybko dobrym nożykiem wykonany, nie wiele sprawia dolegliwości. Ważniejszą atoli jest rzeczą oszczędzić lub zmniejszyć choremu ból przy rozszerzeniu przewodu za pomocą zgłębnika, co niejednego chorego napełnia strachem i od leczenia się odwodzi.

Z niewątpliwie dobrym skutkiem stósowałem i tutaj kokain, postępując sobie w następujący sposób: Znieczuliwszy spojówkę w wewnętrznym kąciku, rozszerzyłem kanalik o tyle, ażebym mógł weń wprowadzić koniec odpowiedniéj strzykawki, za pomocą któréj wstrzyknąłem do przewodu 5% lub 10% rozczyn kokainowy. Skoro przewód okazał się za tkany, wprowadziłem cienki zgłębnik, a po wyprowadzeniu tegoż natychmiastowe powtórne zastrzyknięcie, w kilka zaś minut późniéj wprowadzenie grubszych zgłębników.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. A. Nobiling: **Wyniki anatomo-patologicznych oględzin na zwłokach noworodków zmarłych z uduszenia i znaczenie ich w medycynie sądowéj.** (Osobne odbicie z *Aerztl. Intelligenzblatt*).

Podał Dr. Schaitter.

Rozprawa pod powyżéj przytoczonym tytułem jest owocem badań 173 zwłok noworodków, 138 płodów zmacerowanych pomiędzy 7 a 9 miesiącem księż. i 142 płodów urodzonych po największéj części żywo pomiędzy 4 a 7 mies. życia płodowego. Do podjęcia tych badań skłoniły autora liczne przypadki nastręczające mu się w ciągu 11-letniéj praktyki sądowéj, w których mając orzekać na podstawie protokołów sekcyjnych napotykał wiele sprzeczności nietylko w samym wywodzie oględzin, lecz także w orzeczeniach wydawanych na podstawie tych oględzin.

W pracy swojéj przechodzi autor systematycznie narząd po narządzie, i uwzględnia przy każdym z nich zmiany napotykane w uduszeniu. Już w téj systematycznéj części pracy autora spostrzega się oznaki gruntowności badań N., który nie ograniczając się do jam i narządów zazwyczaj badanych, sięga okiem tam, gdzie jedynie w wyjątkowych przypadkach zachodzi potrzeba wprowadzania noża sekcyjnego: autor bada skrzętnie jamy nosowe po odjęciu podniebienia twardego i rozcięciu szczęki dolnéj, bada oczodoły, mięśnie oczne, nawet mięsień napreżający błonę bębenkową; uwzględnia zmiany w tkance około-trzustkowéj. Najtreściwiéj zdaje się przedstawimy rezultaty pracy N., skoro zestawimy szereg zdań, do których autor czuje się uprawnionym na podstawie swoich badań. Jeżeli się zdoła wykluczyć ciężkie porody, zabiegi operacyjne lub usiłowania celem wywołania oddechania noworodków, to następujące zmiany uprawniają do przypuszczenia działania mechanicznego z zewnątrz, może w zamiarze zbrodniczym: 1. Większe wybroczyny w skórze, 2. wybroczyny w mięśniach szyjnych lub wzdłuż większych naczyń na szyi, 3. wybroczyny pomiędzy torebką a miąższem wątroby lub też w jéj miąższu. Toż samo znaczenie przypisać należy 4. wszelkim obrażeniom otrzewny, torebki śledzionowéj lub nerek. 5. Wybroczyny w pępowinie mogą tylko nader rzadko powstać wśród porodu lub zabiegu mającego na celu wprowadzenie wypadłéj pępowiny. Wybroczyny te świadczą **zawsze** o użyciu siły mechanicznéj celem przerwania pępowiny lub o takich usiłowaniach. 6. Wydatne i rozległe wybroczyny w skórze głowy lub innych okolic ciała mogą świadczyć o trudnym porodzie lub o użyciu gwałtu zewnętrznego. 7. Wybroczyny na wargach, w mięśniach języka, podniebieniu i przełyku muszą zawsze wzbudzić podejrzenie działania siły mechanicznéj z zewnątrz, podejrzenie to staje się pewnością wobec najmniejszych nawet obrażeń błony śluzowéj tych okolic. 8. Toż samo twierdzi N. o obrzmieniu warg, jeżeli tylko można wykluczyć położenie twarzowe, jak niemniéj 9. na karb działania siły z zewnątrz kłaść należy krwotoki do przewodu ucha zewnętrznego i w małżowinie usznéj. 10. Krwotoki do mięśni (oprócz mięśni ocznych, mięśnia sercowego i napreżającego błonę bębenkową). 11. Istoty płynne lub stałe, wśród których nastąpiło uduszenie noworodków można wykazać w nosie, połyku, jamie ust, krtani, tchawicy, oskrzelach, pęcherzykach płucnych, gardzielu, żołądku, w jamie bębenkowéj i trąbce Eustachego i to prawie zawsze wszędzie równocześnie. 12. Krew znaleziona w krtani, tchawicy, oskrzelach i pęcherzykach dostała się tam w skutek aspiracyi, może ona pochodzić z nosa noworodka lub z przewodu rodnego matki. Z tego samego źródła pochodzi krew znaleziona w gardzielu i żołądku.

Z samego założenia widać, że autor przedsięwziął sobie na podstawie badań na wielkim materyjale przeprowadzonych załatwić kwestyję zmian pośmiertnych w skutek zaduszenia, ale czyż ją załatwił? Pracę i wytrwałość cenić należy, ale nie można wcale twierdzić, jakoby wśród starannie i oględnie zestawionego *resumé* było wiele rzeczy nieznanych. Nowém i po raz pierwszy systematycznie przeprowadzoném jest badanie jamy nosowéj, cenném jest zwrócenie uwagi na tę okolicę ciała, ale od przyszłych poszukiwań zależy, czy się tam znajdzie cokolwiek uwagi godnego. W całéj pracy autora pierwsze miejsce dostało się wybroczynom, a mimo że wybroczyny tyle razy już stanowiły temat obrabiany przy sposobności śmierci z uduszenia, mimo że sprawę wybroczyn należałoby już po pracach całego szeregu autorów sądowolekarskich uważać za załatwioną i uwierzyć, że one powstają przy uduszeniu tak z przyczyn wewnętrznych jakoteż z zewnętrznych, że powstają również w innych rodzajach śmierci, mimo to przebija z pracy N. dążność do nadania im przecież większego znaczenia, aniżeli im się dostało na podstawie wyczerpujących dochodzeń. Praca cała robi wrażenie poszukiwania za wybroczynami. Autor widzi je tam, gdzie dotąd nie mogli ich spostrzedz Hofmann ani Maschka, utrzymuje wyraźnie, że do ich odróżnienia w pewnych miejscach potrzeba wielkiéj wprawy. Po tém wszystkiém uwaga czytającego jest napiętą, z niecierpliwością wyczekuje się, jak też autor zużytkuje te wszędzie znajdowane wybroczyny? W końcu wspomina N. tylko o wybroczynach, powstających w skutek urazu, o wybroczynach, któreby miały powstać w skutek uduszenia nie ma tam wcale wzmianki; tak tedy z całego skrzętnego poszukiwania wybroczyn pozostaje ta korzyść, że dowiadujemy się o ich istnieniu w narządach, gdzie ich dotąd nie szukano; co do ich znaczenia rozpoznawczego atoli musimy i powinniśmy nadal trwać w przekonaniu pierwotném, a mianowicie, że one nie mają wielkiego znaczenia rozpoznawczego.

Autor popada w sprzeczność sam ze sobą, mówiąc, że

wybroczyny w pępowinie świadczą zawsze o usiłowaniach przerwania, gdyż sam twierdził poprzednio, że wybroczyny takie, chociaż nader rzadko, mogą powstać wśród porodu.

Jeżeli w pracy Nobilinga co cenić należy, to pilność autora, nie można się jednak pozbyć przekonania, że autor podjął te badania mając nadzieję uzyskania czegoś więcéj aniżeli uzyskać było można. Jeżeli zestawimy jego rezultaty i zapytamy, o ile one są w stanie wpłynąć na nasze orzeczenie w przypadku wątpliwym, to zaiste bardzo trudno będzie znaleźć kwestyję, o któréj bylibyśmy w stanie orzec dopiero na podstawie téj żmudnéj pracy.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

Sekcyja lwowska

Doroczne posiedzenie administracyjne odbyte dnia 17 stycznia 1885 r.

Przewodniczący kol. Widmann. Członków obecnych 20.

Sekretarz naukowy odczytuje sprawozdanie roczne naukowe z czynności sekcyi, które w streszczeniu opiewa jak następuje:

Sekcyja lwowska Tow. lek. gal. odbyła w r. 1884 jedenaście zwyczajnych naukowych posiedzeń; jedno nadzwyczajne w sprawie cholery i jedno doroczne posiedzenie administracyjne. Na wszystkich posiedzeniach razem było obecnych członków 304 i 6 kolegów jako gości. Średnia więc liczba członków obecnych na każdém posiedzeniu wynosi 24·6. Odczytów i wykładów wszystkich razem było w r. 1884 czternaście. Odczyty i wykłady były następującéj treści:

1) O dyfteryi: koll. Dr. Merczyński, Dr. Schatauer i Dr. Sieradzki.

2) Przyczynek do kwestyi wylęgania wścieklizny: kol. Dr. Seifman.

3) O przeszczepianiu raka u psów z demonstracyjami preparatów: kol. Dr. Kadyi.

4) O grzybicy promienistéj z demonstracyjami: kol. Dr. Wiktor.

5) O niektórych szpitalach berlińskich i wystawie higijenicznéj w Berlinie: kol. Dr. Laskiewicz.

6) Przyczynek do transfuzyi soli kuchennéj: kol. Dr. Stroynowski.

7) O przeszczepianiu mięsaków z demonstracyjami preparatów: kol. Dr. Kadyi.

8) O działaniu jequiryty w jaglicy: kol. Dr. Lindner.

9) O leczeniu rzeżączki chronicznéj: kol. Dr. Krówczyński.

10) O nowym zwiastunnym objawie zapalenia przyjądrza: kol. Dr. Krówczyński.

11) O antypyrynie i jéj zastosowaniu: kol. Dr. Merczyński.

12) O naftalinie i jéj zastosowaniu w chorobach wewnętrznych: kol. Dr. Widmann.

13) O zapaleniu pęcherza: kol. Dr. Krówczyński i

14) O paraldehydzie i innych środkach nasennych: kol. Dr. Laskiewicz.

Chorych przedstawiono na posiedzeniach w r. 1884 dwunastu a mianowicie następujący koledzy:

Kol. Dr. Sielski: chorą z *perforatio ambilateralis labiorum minorum pudendi.*

Kol. Dr. Barącz: 1) chorego po złamaniu rzepki wyleczonego, 2) chorą po złamaniu obojczyka wyleczoną i 3) chorego z nowym angielskim opatrunkiem.

Kol. Dr. Schmidt: chorą z *Urticaria factitia.*

Kol. Dr. Ziembicki: 1) chorą po owaryjotomii wyleczoną, 2) chorego po ekstyrpacyi *osteochondrosarcoma maxillae super. dextr.*, wyleczonego, 3) chorą po wyłuszczeniu *struma* wyleczoną i 4) chorego po enterotomii wyleczonego.

Kol. Dr. Ziembicki wspólnie z kol. Drem Riegerem chorego z *Caries ossium antibrachii et brachii in articulatione cubiti dextri* ze znakomitém polepszeniem po leczeniu kąpielami solnemi w Truskawcu.

Kol. Dr. Różański dwóch chorych z osutką guzkową na całém ciele pochodzenia prawdopodobnie nerwowego (*Tropho-Neurosis*).

Preparaty demonstrowali na posiedzeniach w roku 1884 następujący koledzy:

Kol. Dr. Feigel: Bakteryje gruźlicze, tyfusowe, wąglikowe i gnilne, barwione różnemi sposobami.

Kol. Dr. Kadyi: preparaty makro- i mikroskopowe raka macierzystego i szczepionego.

Tenże: Preparaty makro- i mikroskopowe mięsaka macierzystego i szczepionego

Kol. Dr. Wiktor: Preparaty makro- i mikroskopowe grzybicy promienistéj.

Nadto demonstrowali jeszcze na posiedzeniach w roku 1884 przyrządy lekarskie następujący koledzy:

Kol. Dr. Feigel: Saccharimeter Ultzmanna z objaśnieniem sposobu używania tegoż.

Kol. Dr. Stroynowski: przyrządy do transfuzyi soli kuchennéj podług E. Schwarza w Hali z podaniem sposobu używania.

Kol. Dr. Lindner: galwanokauter do przyżegania wrzodów rogówki, i

Kol. Dr. Sielski: przyrząd własnego pomysłu do ciągłéj irygacyi pochwy z objaśnieniem sposobu używania.

Sprawozdanie powyższe przyjęto.

Kol. sekretarz administracyjny Merunowicz zdaje sprawę co do liczby członków sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic. i tak z końcem roku 1883 należało do sekcyi lwowskiéj 88 członków czynnych. Ubyło w ciągu roku 1884 w skutek śmierci, przesiedlenia i wystąpienia 4 członków. Przybyło w ciągu roku 1884 nowych członków 7, w skutek przesiedlenia członków 2, razem przybyło 9 członków, z końcem więc roku 1884 liczy sekcyja lwowska 93 członków. Nadto od 1 stycznia 1885 przystąpiło do sekcyi lwowskiéj 2 nowych członków.

Kol. gospodarz sekcyi Littich odczytuje sprawozdanie kasowe, które przyjęto, poczém po przejrzeniu rachunków udzielono kol. gospodarzowi absolutoryjum.

Następnie przystąpiono do wyborów zarządu sekcyi i delegatów na Walne Zgromadzenie na rok 1885.

Wybrani zostali: kol. Merunowicz prezesem, kol. Widmann wiceprezesem, kol. Wiktor sekretarzem naukowym, kol. Bylicki sekretarzem administracyjnym, kol. Littich gospodarzem, koll. Madejski i Pawlikowski członkami bióra, koll. Schattauer, Stroynowski i Ziembicki delegatami na Walne zgromadzenie, a koll. Majewski i Merczyński zastępcami delegatów.

W końcu przemawia kol. Widmann ustępujący z urzędu przewodniczącego dziękując kolegom, którzy popierali go w usiłowaniach i staraniach. Poczém na wniosek kol. Longchampsa starszego podziękowano ustępującemu prezesowi za jego pracę całoroczną. *Dr. Wiktor*

VI. Maciej Józef Brodowicz.

Rys bijograficzno-historyczny.

Skreślił

Prof. Dr. Józef Oettinger.

W skromném zaciszu przedmieścia krakowskiego zgasł niemal zapomniany dn. 22 stycznia r. b. przeżywszy lat blisko 95, mąż, który przed 50 laty jako wielki dostojnik małéj niegdyś Rzeczypospolitéj krakowskiéj jaśniał w pełnym blasku swéj potęgi, poważany, wielbiony, otoczony czcią i bojaźnią, górujący nad innymi nietylko stanowiskiem urzędowém, lecz urokiem wrodzonéj wyższości zniewalającéj, jeśli nie wszystkich do wylanéj miłości, to każdego do uszanowania niepospolitych zdolności, dzielnego charakteru i niespożytych zasług publicznych.

Maciej Józef Brodowicz należy do owych wydatnych postaci porozbiorowéj Polski, których żywot cały ciekawy jest i pouczający z tego głównie względu, że zwią-

zany z jéj dziejami, którym niemal od początku aż do téj chwili towarzyszył i że jak od nich wpływu doznawał, gdyż wytwarza niedola swoje właściwe cnoty i heroizmy, przywary i upadki, tak nawzajem na ich bieg w ograniczonym wprawdzie, lecz żywotnym a wielce na przyszłość doniosłym zakresie oddziaływał. Wartoby pisać o nim obszerne dzieło, gdyż ze skromnéj katedry rozpościerał on zniewolony i popychany naglącemi stosunkami płodną swą działalność daleko poza granice profesorskie i lekarskie, spełniając w najchlubniejszém znaczeniu zadanie zarazem reformatora i konserwatora. Nie należy go więc mierzyć ilością wylanego na papier atramentu lub liczbą pism skreślonych, lecz wartością dokonanych dzieł, idących na pożytek narodu i następnych jego pokoleń. Pragnąc uwydatnić główne rysy znamionujące to względnie dlugie, bo blisko wiek cały obejmujące, dni pasmo, podzielimy je na trzy prawie równe okresy, odpowiadające tyluż ważnym a wybitnym zwrotom, z których każdy ma swoje właściwe a odrębne piętno. Okres pierwszy obejmuje wiek rozwoju czyli wykształcenia, drugi porę czynnego zawodu publicznego, trzeci lata rozpamiętywania i czyniącego sumienny obrachunek wypoczynku.

Okres I. Od urodzenia aż do wstąpienia na katedrę uniwersytecką w roku życia 33cim.

Urodził się B. dn. 22 lutego 1790 r. w Grzymałowie, obw. Tarnopolskim, z ojca Andrzeja i Barbary z Kadłubowskich, którzy z Sandomirskiego przenieśli się byli na Podole trzymając tam tytułem chleba wysłużonego od księżny z Czartoryskich Izabeli wdowy po Stan. Lubomirskim Wielkim Marszałku koronnym wioskę Nowosiółkę, należącą do klucza Grzymałowskiego. Z dziesięciorga rodzeństwa był dzieckiem najmlodszém. Chłopcem 7-letnim dostał się do szkół w Zbarażu przez nowy rząd austryjacki założonych, gdzie t. zw. trzy niemieckie i 4 łacińskie klasy ukończył, piątą zaś wówczas ostatnią t. zw. poetykę w Brzeżanach, dokąd w r. 1805 gimnazyjum przeniesiono. W nich to poczęła się z zadziwiającym skutkiem zupełna germanizacyja szczero polskiego pacholęcia we 25 lat po pierwszym rozbiorze, pod wpływem owego osławionego krążka drewnianego, który jako narzędzie ku wytępieniu ojczystéj mowy przeznaczone *Sprachzeichen* nazywano. Niemczenie postępowało szybko i łatwo na dwuletnim kursie filozoficznym we Lwowie, tak że napotykamy tam młodzieńca nietylko mówiącego i piszącego ale i myślącego przyswojonym obcym językiem. Co większa, wynarodowiły się i uczucia, jak świadczą przechowane w prowadzonym dzienniczku z owego czasu najskrytsze wynurzenia, w których w chwili, kiedy pod Napoleonem ważyły się losy ojczyzny, kiedy cały naród drżał niecierpliwością, obawą i nadzieją, kiedy krew o najszczytniejsze skarby i cele lala się strumieniami, kiedy w r. 1809 część Galicyi przyłączono do nowoutworzonego Wielkiego Księstwa Warszawskiego, młodzian nasz jak istny student niemiecki z owéj epoki, siedząc na wsi, mową Gellerta i Klopstoka wzdychał i marzył, błagając najwyższéj Istności, aby mu dozwoliła dostąpić cnoty prawdziwéj, téj idealnéj *Tugend*, ściganéj poza obrębem ziemskim, zawisłéj gdzieś w mglistych obłokach, bo ona nie dostrzegała tego, co się pod okiem w kraju śród szczęku oręża, huku armat i powszechnego wzruszenia działo i spełniało, bo ona nie obejmowała walki i poświęcenia za dźwigającą się ojczyznę, gdyż, jak sam powiadał, nie lubił nigdy polityki i do niéj mięszać się nigdy nie miał ochoty.

W owym czasie bowiem jeszcze się nie był ocknął patryotyzm germański, uśpiony przez wycieńczenie i rozdział pomiędzy kilkadziesiąt państw i państewek, zastępował go jakiś idealny płaczliwy liryzm, nie mający zastosowania w życiu społeczném, lecz bujający śmiało w eterycznych przestworach wymarzonego świata o bezwzględnej cnocie i teoretycznych jedynie dążnościach kosmopolitycznych. Takim kierunkiem tchnęło piśmiennictwo nadobne a młody nasz adept z rozkoszą tonął w ówczesnych klasykach niemieckich, do których pierwszy utorował mu drogę najserdeczniejszy przyjaciel i spółuczeń Józef Seja, zapoznawszy go z pismami Gellerta. Za jego też radą i namową obrał razem z nim zawód lekarski udał się w tym celu z końcem roku 1810 do Wiednia. Tu jeszcze rok jeden, tj. trzeci, według ówczesnych przepisów, strawić musiał na naukach filozoficznych, by módz zapisać się na wydział lekarski.

Te wpływy wycisnęły na pojętnym jego umyśle pewne piętno niezatarte na całe życie, był niém właściwy kierunek, któryby nazwać można dogmatyczno-racyjonalnym, gdyż składał się z pierwiastków dwoistych, poniekąd z sobą sprzecznych, mianowicie z zasady dogmatycznej z góry za pewnik uznanej i z wysnutej z niej rozumem tkaniny czyli systemu, bronionego têm bystrzej i têm ściślej dyalektycznemi dowodami i wywodami, im mniej te wymagania rozumowe zwracały się do saméj zasady. Kierunek ten uwydatnił się i ustalił równie w ogólném jak w zawodowém, lekarskiém wykształceniu Brodowicza i wypływał z górującego wtedy nastroju piśmiennictwa niemieckiego: na pół prawowiernego na pół heretyckiego, na pół dogmatycznego na pół racyjonalnego, na pół badawczego, na pół fantastycznego. W umyśle młodocianym zakorzeniły się odtąd dwa rysy, które go wybitnie znamionowały: szanowanie powagi czyto religijnéj, czyto legalnej, czyto naukowej z jednej strony, a z drugiej biegłość w używaniu ostréj i ciętej broni rozumu w granicach tego poszanowania. Uległość ta jednak w obec dogmatu czyto nakazanego, czyto obranego nie była wcale bezwzględna, poufnie i po cichu pozwalała ona sobie powątpiewać o niektórych jego szczegółach i wynikach i tak przyznawał się do chrystyanizmu czystego, racyjonalnego, nieskażonego dodatkami późniejszemi, nie dbając o to, że się takim poglądem sprzeciwia nieodzownym wymaganiom kościoła. Prawowierność też nie przeszkadzała mu budować się i rozkoszować religijnemi płodami autorów protestanckich- jak np. dziełem H. Zschokkego: Stunden der Andacht, którem się zachwycał.

Wiedeń podbił młodego adepta sztuki lekarskiej nie tylko urokiem pięknéj i wesołej stolicy potężnego państwa, ale i siedziby wielkich powag naukowych, do których się zbliżał z uprzedzoném przychylnie usposobieniem. Podczas dwunastoletniego tam pobytu trzech mistrzów głównie przyświecało jego lekarskiemu wykształceniu: Filip Karol Hartman, profesor patologii i terapii ogólnéj, tudzież farmakologii i dyjetetyki, Jan Walenty Hildenbrand, poprzednio professor naprzód we Lwowie a potém w Krakowie, wtedy zaś dyrektor kliniki lek. i profesor patologii i terapii szczególnej we Wiedniu, wreszcie Jan Nep. Raiman, również przewodnik kliniki przeznaczonej dla uczniów sposobiących się na lekarzy niższego stopnia czyli t. z. chirurgów, który także od r. 1805—1809 zajmował katedrę teoryi lekarskiej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Szkoła wiedeńska od czasów v. Swietena ustaloną miała slawę jako pierwsza w Niemczech. Wtedy pod powyższymi mężami dokonał się był świeży i zbawienny zwrót

od dogorywającego po krótkiem a wszechwładném panowaniu systemu pobudliwości Browna i Röschlauba na drogę rzetelnego doświadczenia. Równie prosta jak zwodnicza formułka obałamucająca lekarzy o rozpowszechnionej astenii wymagającej w każdym niemal przypadku tylko makowca i wyskoku, sama tej niemocy uległa, ustępując miejsca poglądom szerszym, opartym na dokładniejszych spostrzeżeniach i powodującym się w leczeniu zasadami, jeśli nie wręcz przeciwnemi, to mniej jednostronnemi, bo nie potępiającemi tak bezwzględnie środków łagodzących i osłabiających.

Wzmiankowani trzej mistrze nie przyznawali się do żadnego wyłącznie systemu szkolnego i mieli się za eklektyków, biorących co dobre zewsząd, gdzie się je napotka. Skłaniali się jednak wybitnie ku teoryi Witalistów opartéj na przypuszczeniu siły żywotnéj jako głównego czynnika ustroju równie zdrowego jak chorego. Zapatrując się dziś na tę naukę ze stanowiska krytycznego uznać potrzeba, że pojęcie siły żywotnéj bez bliższego jéj skreślenia a raczéj rozłożenia na liczny szereg spraw i zjawisk organicznych wymagających oddzielnego zbadania jest pojęciem zbyt ogólném a raczéj tylko wyrazem na niewiadomą x, mającą zastąpić wiele innych niewiadomych y, z i t. d. W tém uogólnieniu przybiera ona formę jakiejś istoty duchowéj, jakiegoś *Deus ex machina*, który jednym wyrazem tłumacząc wszystko, niczego istotnie wyjaśnić ani wytłumaczyć nie zdoła, uwodzi zaś do błędu raz dla tego, że ludzi pozorném rozwiązaniem, drugi raz, że podaje za jednostkę to, co jest wielością, a nareszcie i dla tego, że z obu tych powodów wstrzymuje od badania szczegółów tym jednym wyrazem nie tylko objętych, ale i zasłoniętych.

Pilne a nawet systematyczne postrzeganie i doświadczanie wchodziło także w zakres tego ekektyczno-witalistycznego kierunku, ale odbywało się ono drogą pierwotną: gołemi zmysłami na zasadzie chwytanych, ale surowych, bliżéj miarą, wagą, liczbą i rachunkiem nieokreślonych wrażeń, zawierających przeto wiele pierwiastków podmiotowych, pozbawionych oczywistéj ścisłości. Już wprawdzie wstąpiono na te tory we Francyi pod przewodem Bichata, Corvisarta i Laënneka. Dwaj ostatni zwłaszcza wskrzesili i rozwinęli pomysł Wiedeńczyka Auenbruggera o pół wieku wcześniejszy opukiwania i osłuchiwania ścian klatki piersiowéj i innych jam ustroju ludzkiego, ale w Niemczech o tém jeszcze nie marzono, lecz owszem na nowe zboczono manowce gubiąc się w spekulacyjach t. zw. filozoficzno-przyrodniczych, zgłębiających rzekomo byt bezwzględny, idealny a pomijających zjawiska rzeczywiste. Szkoła ówczesna wiedeńska ustrzegła się tego zbłąkania, a Brodowicz przylgnąwszy całą duszą do swoich przewodników, zaczerpnął z nauki każdego z trzech powyżéj mianowanych zasady, którym pozostał wierny na zawsze.

Od Hartmana, który był lekarzem, filozofem i wręcz przeciwnie, niż dzisiejszy jego imiennik, był spirytualistą a nie materyjalistą, wyznawcą szczęśliwości a nie śledzienniczego pesymizmu, od Hartmanna mówię przejął nasz rodak silną wiarę albo raczéj niewzruszone przekonanie o samodzielności pierwiastku duchowego po nad materyją, która jest jego narzędziem i powłoką. Hildenbrand wpoił w niego na podstawie poglądów witalistycznych sztukę badania, postrzegania, pielęgnowania i leczenia chorych, nauczał rozpoznawać odkryty przez siebie i po mistrzowsku opisany dur brzuszny, zwracać uwagę na ogół zjawisk i wpływy otaczające, i działać według wskazań jasnych środkami ile można najprostszemi. Pod Raimanem, którego był asystentem, wprawiał się w samodzielne badanie i leczenie tudzież w nauczanie innych a pod względem dydaktycznym nabył od niego metody opartéj z jednéj strony na porządku ściśle logicznym, z drugiéj zaś na wyradzającym są z tegoż przesadnym formalizmie, rozpryskującym się bez końca na działy i dzialiki, poddziały i poddziałki, rubryki i rubryczki tak dalece, że w tych nieskończonych formalnych rozróżnianiach nikła częstokroć rzecz sama a zwłaszcza opis dokładny istotnych zjawisk.

Stosunek Brodowicza do swoich profesorów był ciepły i serdeczny, on ich poważał i uwielbiał a nawzajem odbierał od nich dowody życzliwego szacunku i spółczucia. Bliższa z nimi styczność i nastręczona sposobność do obracania się w kołach dobranych a nawet wyższych oprócz korzyści naukowych wpłynęła na ogładę zewnętrzną i na przyswojenie sobie pewnéj dworskiéj wytworności w obyczajach, rozmowie i całém ułożeniu.

Gładkie było obcowanie ze współuczniami i to różnych narodowości. Zwyczajem wtedy w Niemczech dość rozpowszechnionym kilku z nich utworzyło bractwo, rodzaj niejako filaretów, tylko o celach więcéj idealnych, kosmopolitycznych a nie narodowych jak niegdyś w Wilnie. Związek taki zwał się *Tugendbund*. Jeden z jego członków medyk Józef Waechter poświęcił swoim braciom: Brodowiczowi, Christophoritzowi, Seji i Sengowi dnia 2 lutego 1815 wiersz, o czterech zwrotkach pod napisem „*Der Bund*," w którym zadanie tego kółka skreślone jest następującemi słowy:

Unseres Daseins schuld'ge Pflichten
Treu und redlich zu entrichten
Schwören wir den heilgen Eid,
Mensch zu sein und nicht zu scheinen,
Uns zu reihen an die reinen
Geister Deiner Ewigkeit.

A więc poprzysięgli sobie: spełniać obowiązki swojego życia starając się każdy, być a nie wydawać się tylko człowiekiem i kojarząc się z czystymi duchami wieczności.

Do szczęśliwych zdarzeń z lat uniwersyteckich należało uzyskane przez wpływ jednego z profesorów miejsce nauczyciela domowego w zamożnym domu bankiera izraelity Trebitscha. Tu oprócz wielu wygód i przyjemności, jakich dostarcza świetna stolica, miał sposobność podczas odbywającego się wówczas Kongresu monarchów być obecnym na niektórych dworskich zabawach, gdzie w granatowym fraku, krótkich pod kolanem spiętych spodniach, białych pończochach i płytkich trzewikach z płaskim kapeluszem pod pachą przypatrywał się wielkim i małym mocarzom europejskim i ich świetnym orszakom.

Podczas tego świetnego zjazdu miał B. również wielkie szczęście za pośrednictwem J. Kalasantego Szaniawskiego poznać osobiście Tadeusza Kościuszkę. Ze słów jakie ten bohater i patryjota młodemu uczniowi medycyny na pamiątkę we francuskiéj mowie zostawił, nie odzywa się wcale narodowa struna tego zetknięcia: „*Monsieur Brodowicz a gagné mon éstime en s'appliquant à des choses, qui peuvent rendre service à l'humanité.*"

(C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Barwoślep w Niemczech. Po 1 kwietniu 1883 badano w Niemczech na barwoślep 139.452 zajętych przy kolejach żelaznych. Z téj liczby 998 nie miało wyobrażenia o barwach. Z 115.154 u 46 znaleziono zupełną a u 273 częściową

nieczułość na różne barwy. Pośród 13.616 inżynijerów tylko je-
den nie rozróżniał całkiem barw a 27 innych częściowo.

○ Do przechowywania części zwłok w celu badania sądowo-
lekarskiego zaleca Richardson chloroform amon zawierający.

○ Do zakrycia przejmującéj i niemiłéj woni wiele używanego
jodoformu podaje Lewis jako nowy środek olejan zynkowy.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 18—24 stycznia
umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkań-
ców 49,8. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z odry 1 (1 z. t.);
z płonicy 1 (1 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego
1 (2 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.); z gorączki połogo-
wéj 1 (2 z. t.); z róży 0 (2 z. t.) z kiły 0 (1 z. t.). Doniesio-
no w tymże czasie o 2 przypadkach krztuśca, 1 błonicy, 5 pło-
nicy, 2 róży. W tygodniu od 11—17 stycznia umarło w Londy-
nie z ospy 47, leczyło się w szpitalach 1105, świeżo zapadło
245. Z ospy umarło po 1 w Birmingham, Saragosie i Aleksan-
dryi, w Paryżu, Liwerpolu i Odesie po 2, w Petersburgu 3,
w Lizbonie 7, w Rzymie 8, w Wiedniu 9, w Tryjeście 45.
Z duru osutkowego umarło w Rzymie, Granadzie i San Fran-
cisco po 1. Cholera wygasła w Paryżu. Ani przypadku choroby
ani śmierci nie było żadnego. W Nantes do 4 grudnia były 4
przypadki cholery. W Bukareszcie był od 3—10 stycznia jeden
przypadek cholery. W San Francisko był od 19—26 grudnia
1 przypadek cholery, w Bombaya od 3—9 grudnia 14, w Kal-
kucie od 23—29 listopada 27.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 11—17
stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców:
w Krakowie 43,9; w Warszawie 35,1; w Poznaniu 28,6; w Wie-
dniu 28,5; w Budapeszcie 28,0; w Pradze 29,4; w Berlinie 23,9;
w Hamburgu 28,9; w Gdańsku 21,4; w Mnichowie 26,2; w Dre-
źnie 24,5; w Lipsku 23,7; w Bazylei 21,9; w Brukseli 28,1;
w Amsterdamie 33,7; w Hadze 29,7; w Paryżu 28,5: w Londy-
nie 23,7; w Kopenhadze 27.0; w Stokholmie 27,1; w Chrysty-
janii 26,0; w Petersburgu 29.5; w Odesie 35,0; w Rzymie 31,5;
w Bukareszcie 23,9; w Lizbonie 38,6; w Aleksandryi 34,8;
w Nowym Yorku 24,3; w Filadelfii 21,9; w Bombayu 26,8;
w Madrasie 44,1.

J. B.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 5 lutego. Na posiedzeniu Wydziału lekar-
skiego w d. 30 stycznia odbytém mianowany został elewem przy
klinice chirurgicznéj na rok jeden Dr. Mitkiewicz z Koło-
myi, następnie uchwalono wystosowanie urgensu do Prezydyjum
Namiestnictwa we Lwowie w poruszonéj przez nas w Nrze prze-
szłym sprawie budowy kliniki chirurgicznéj oraz wysłania za
granicę znawców celem rozpatrzenia się w nowszych budowlach
klinicznych.

* Z Rożnowa pod Radhostem donoszą nam, iż miejski
zarząd leczniczy ze względu na zbliżającą się porę kąpielową
postarał się już o orkiestrę, mogącą zadowolić najwybredniejszych
nawet lubowników muzyki. Prócz tego przez wykończenie dawno
projektowanéj miejscowéj kolei żelaznéj z Hrania do Krasna
Miezirzycze napływ gości będzie bezwątpienia o wiele znaczniej-
szym niż był w latach poprzednich, albowiem droga z dworca
kolei w Krasnem do Rożnowa wynosi tylko godzinę drogi, ła-
twéj do przebycia omnibusem lub téż powozem.

* **Lwów**. Prof. Dr. Adam Czyżewicz we Lwowie obra-
ny został w miejsce Dra Hoszarda, który zrzekł się téj godno-
ści, zastępcą przewodniczącego w Radzie sanitarnéj krajowéj.

Warszawa. W ciągu ubiegłego roku w uniwersyteckiéj kli-
nice ocznéj znalazło pomoc przeszło 11.000 osób, tj. średnio za-
sięgało porady 32 chorych dziennie.

* **Wiedeń**. W komisyi budżetowéj Rady państwa poseł
Hausner przypomniał sprawę utworzenia Wydziału lekarskiego
w Uniw. lwowskim a poseł Czerkawski wniósł odpowiednią re-
zolucyję, która została przyjętą. Przy téj sposobności Minister
Oświecenia oświadczył, że sprawa ta nie została uchyloną, lecz
ze względów na stronę finansową odroczoną.

Prof. Spath ma się znacznie lepiéj.

* **Odznaczenie**. Do Senatu francuskiego wybrani zostali
lekarze: Robin, Goujon, Cornil, Garrigat, Martin,
Combes i Libert, deputowanym zaś wybrany został Javal.

* **Nekrologija**. Przed kilku dniami umarł w Krakowie
Dr. Kazimierz Bossowski, dawniéj sekundaryjusz w szpitalu
św. Łazarza, a późniéj lekarz praktyczny w Wadowicach.

W Radomsku umarł jubilat Dr. Koch, urodzony w Kra-
kowie 1801.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 5: Schramma (z klinik
prof. Mikulicza w Krakowie): Wyniki leczenia jodoformem
ran łączących się z jamami i otworami ciała (c. d.); Funka:
Kilka uwag o wstrzykiwaniach w ostrym okresie trypra. —
W *Medycynie* Nr. 4: Kosińskiego: Chrzęstniak klatki pier-
siowéj niezwykłéj wielkości.

Redakcyja otrzymała:

F. FALK (w Berlinie): Uiber die Wirkungen einiger Kör-
per im sog. Status nascendi. (Odbicie z „Virchowa Arch. f. p. Anat.“
1885), in 8vo str. 11.

Do Nru dzisiejszego dołącza się doniesienie o Zakładzie „Alpenheim“ w Aussee (Styryja).

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 14 lutego 1885. № 7. Rok XXIV.

I. O laparotomii w przypadkach przedziurawienia żołądka i jelita.

Wykład wypowiedziany na Zjeździe przyrodników w Magdeburgu
przez prof. **Mikulicza.**

Panowie! Aż nadto dobrze znaną jest nam wszystkim smutna prognoza przypadków połączonych z przedziurawieniem jelita lub żołądka. Statystycznie ujęte daty w tym kierunku, jak niemniéj doświadczenia w podręcznikach i dziełach naukowych zebrane, zgodne podają rezultaty, a treścią tychże przeważnie groza śmierci, zawisła nad chorymi, dotkniętymi podobnym losem. Bez względu czy przedziurawienie wystąpiło skutkiem bezpośredniego urazu, czy też w skutek działania siły pośredniéj z następowém pęknięciem narządu, niezależnie, czy samoistny proces owrzodzenia, czy uwięzgłe ciało obce przeszyło w końcu ścianę jelita lub żołądka, zawsze prawie w następstwie śmiertelna *Peritonitis* kładzie kres życiu. A rzeczą już obojętną prawie, czy dołączająca się *Peritonitis* przebiega śród objawów gwałtownych, podobnych do ostrego zatrucia, czy też mamy przed sobą obraz ropnoposokowatego zapalenia otrzewny. W pierwszym przypadku stan chorych jest nawet mniéj pożałowania godny, gdyż rychła śmierć oszczędza im cierpień nieodłącznych w razach typowo przebiegającéj *Peritonitis.* Wprawdzie nie da się zaprzeczyć, że ograniczona zlepna *Peritonitis,* wcześnie otwór w jelicie zamykająca, może trwale powstrzymać wydostawanie się kału do jamy brzusznéj, jednak tak pomyślny przebieg wydarza się jedynie w przypadkach małego pęknięcia lub zwolna przeszywającego wrzodu, a stanowi w ogóle rzadki tylko wyjątek od zwykłego przebiegu tego schorzenia.

Terapija dotychczasowa zmierzała prawie wyłącznie do sprowadzenia wspomnianego zejścia pomyślnego, lecz chociaż podanym w téj mierze przepisom nie zbywa na słuszności, to przecież przyznać trzeba, że dotąd stoimy bezwładni w obec tego cierpienia, nie inaczéj, jak w obec rozszalałych żywiołów patrząc z bezsilnemi rękoma na pastwienie się sił przyrody w organizmie ludzkim.

W obec bezsilności dotychczasowéj terapii każdy nieuprzedzony lekarz zgodzi się zapewne z tymi chirurgami, którzy radzą w przypadkach przedziurawienia jelita lub żołądka przystąpić do otwarcia jamy brzusznéj, wyszukania i zaszycia otworu z przebicia powstałego, aby przez równoczesne najdokładniejsze oczyszczenie jamy brzusznéj zapobiedz grożącemu lub przerwać już poczynające się zapalenie otrzewny. Dotąd żądanie powyższe ze strony chirurgów znalazło jedynie zupełne uznanie w przypadkach *Peritonitis* urazowéj żołądka lub jelit; wybitni chirurgowie, jak Albert, Hueter, Nussbaum, Gross i inni uważają laparotomiję i zeszycie jelita, względnie żołądka, za bezwzględnie wskazane w urazowéj *Peritonitis* lub pęknięciu tych narządów. Na podstawie tego wskazania wykonali też Lloyd, Boully i inni laparotomiję niestety z wynikiem niepomyślnym, dopiero Kocher pierwszy, o ile mi wiadomo, był tyle szczęśliwym, iż przez rychłą laparotomiję i zeszycie żołądka uratował chorego z raną postrzałową żołądka [1]). Nie mniéj jednak w przedziurawieniach żołądka lub jelita od urazu niezawisłych terapija operacyjna winna uzyskać pełne prawo obywatelstwa pod formą laparotomii i szwu jelitowego. Z chirurgów jedynie Kuh i Rydygier zalecali dotychczas laparotomiję w obec przebicia żołądka przez wrzód okrągły, sądzę jednak, że zasadniczo jesteśmy w prawie rozciągnąć wskazanie to na każdą formę *Peritonitis* żołądka lub jelita. Prawdą jest, że w wielu razach i w niektórych rodzajach przedziurawienia, np. skutkiem wrzodów gruźliczych, towarzyszące okoliczności stanowić będą pre-

[1]) Nie zbyt dawno udało się również G. Hilingowi w Petersburgu przez laparotomiję i zespojenie żołądka osiągnąć wyleczenie w przypadku przeszywającéj rany kłutéj żołądka. („*St. Peterb. Woch.*" 1884, Nr. 44).

ciwwskazanie, lecz w ogólności laparotomija winna być tak ściśle wskazaną w przedziurawieniu żołądka lub jelita, jak ściśle wskazaném jest podwiązanie krwawiącego naczynia, w obu razach zabieg operacyjny stoi na wysokości *indicatio vitalis*.

Tak dalece sformułowane wskazanie do laparotomii w przedziurawieniu żołądka lub jelita napotkałoby jeszcze przed laty 10, i to słusznie, na opór powszechny. W czasach, gdy każde zranienie otrzewny groziło życiu, a typowe operacyje żołądka i jelit dalekie były od swego rozwoju, musiano uważać laparotomiję jako nader zuchwałe przedsięwzięcie, nawet w przypadkach na pewno kończących się śmiercią. Lecz gdy dzisiaj nie tylko owaryjotomija i hysterotomija ale również resekcyja jelita i żołądka w chirurgii operacyjnéj należne i ważne zajęły miejsce, gdy żaden więcéj narząd brzuszny nie uchyla się z pod noża operacyjnego, w tych czasach, jak powiadam, li tylko obawa otwarcia jamy otrzewny nie może nas więcéj powstrzymać od użycia jedynie słusznego środka, tj. bezpośredniego usunięcia przyczyny chorobowéj; byłoby to raczéj rażącą sprzecznością w obec świetnych wyników na innych polach chirurgii jamy brzusznéj, gdybyśmy wzbraniali się wkroczyć i tutaj z pomocą operacyjną. Mimo to wszystko, jeśli odliczymy wspomniane przypadki Kochera, Lloyda i Boullyego, nie wyszliśmy dotąd po za obręb teoretycznego roztrząsania téj kwestyi. Laparotomija w przedziurawieniu jelita i żołądka jest dziś jeszcze dla przeważnéj części chirurgów *pium desiderium*, choroba sama pozostała dla lekarza rodzajem „*noli me tangere*.“ Nie brak téż głosów, które nawet w ostatnich czasach oświadczyły się stanowczo przeciw zabiegowi operacyjnemu. Beck bogaty w doświadczenie, który zaiste jest w prawie wyrazić swoje zdanie w rozdziale ran i uszkodzeń jelita, sprzeciwia się laparotomii i woli raczéj zwiększyć zbyt małe szanse uleczenia samoistnego przez spokój, dyjetę i opijum oraz inne podobne środki, aniżeli pospieszyć choremu z czynną pomocą operacyjną. Przedewszystkiém jednak interniści zachowali się do niedawna całkiem odpornie w obec laparotomii i dopiero w ostatnich czasach odezwały się poważne głosy, przemawiające na korzyść terapii operacyjnéj. Mam tu na myśli Leydena, który w wykładzie swym o samoistnéj *Peritonitis*, wygłoszonym w dniu 24 marca w Towarzystwie klinicystów wewnętrznych w Berlinie, wprost zwraca się do chirurgów z żądaniem, aby przypadki *Peritonitis* po przedziurawieniu wzięli pod swą opiekę operacyjną.

Omówiwszy dotychczasową terapiję w obec *Peritonitis* powiada Leyden (*Deutsch. med. Woch.* Nr. 17): „Rezultaty podane zadowolić nie mogą, tém mniéj w *Peritonitis* po przedziurawieniu lub w *Peritonitis* połogowéj. Nie mogę téż nie wyrazić tu myśli, która od dawna snuje się w méj głowie, czyby nie dało się zwalczyć *Peritonitis* na drodze operacyjnéj.“ A daléj mówi: „Pozostawiam chirurgom do rozstrzygnięcia, czyli operacyja w téj myśli podjęta coś zdziałać może, to jednak zdaje mi się być niewątpliwém, że mamy przed sobą poważny problem do rozwiązania.“

W dyskusyi (*Deutsch med. Woch.* Nr. 16), jaka się w następstwie rozwinęła, skłania się również Landau w zasadzie do operacyjnego leczenia *Peritonitis.* Litten i Israel na podstawie własnych doświadczeń, o których późniéj będzie mowa, oświadczyli się za laparotomiją w przypadkach *Peritonitis.*

Również i ja miałem ostatniemi laty 3 przypadki przedziurawienia jelita, względnie żołądka, w leczeniu operacyjném, a z nich jeden zakończył się pomyślnie. W obec skąpego doświadczenia, jakie mamy na tém polu, stanowić one będą ciekawy przyczynek do kwestyi w toku będącéj i dla tego pozwolę sobie przedłożyć Panom moje spostrzeżenia, aby w związku z niemi i na podstawie doświadczeń przez innych zebranych omówić całą sprawę, o ile to w ogólności na dzisiaj jest w naszéj mocy.

Przypadki moje są następne:

Pęknięcie żołądka w okolicy małéj krzywizny, laparotomija i zeszycie żołądka. Śmierć w 3 godzin po operacyi [1]).

Dnia 7 października 1880 r. przywieziono do kliniki radzcy dworu Bambergera mężczyznę nieznanego bliżéj pochodzenia z objawami zapadu wysokiego stopnia. Słabo zbudowany, wychudły, mógł liczyć 25—30 lat życia i prócz dyjalektu, właściwego żydom hiszpańskim, do których grona zaliczał się, nie władał żadnym innym potocznym językiem. Z tych téż powodów nie mogłem wspólnie z Drem Kaudersem, ówczesnym asystentem kliniki Bambergera, więcéj dowiedzieć się od niego, jak tylko, że od lat 7 cierpiał na przypady żołądkowe, których znaczne pogorszenie wystąpiło nagle i dopiero przed paru godzinami. Badanie chorego wykazało brzuch jednostajnie wzdęty i napięty, przy dotyku bolesny i wybitne cechy *tympanites.* Twarz zapadła i blada, odnogi chłodne, tętno częste (120), tętnica miernie wypełniona. Chory wymiotował kilkakrotnie cieczą, zdradzającą zapach wina. Przy punkcyi próbnéj wydobywa się z jamy brzusznéj przez cienką kaniulę gaz palny, woni alkoholowéj, po punkcyi rozwinęła się w otoczeniu otworu wklucia odma podskórna. Z tych danych wnosząc nie ulegało wątpliwości, że mamy do czynienia z zapaleniem otrzewny po przedziurawieniu, zdecydowaliśmy się przeto natychmiast na laparotomiję i w tym celu poleciliśmy przenieść chorego do kliniki Billrotha, gdzie o godzinie $8^1/_2$ wieczór przystąpiłem do operacyi śród narkozy. Cięcie zrobiono w linii środkowéj od pępka do spojenia kości łonowych, po otwarciu otrzewny wydobywał się z jamy brzusznéj gaz i spora ilość cieczy fusowatéj, zapachu winowego, zmięszanéj z niestrawionemi ziarnkami ryżu, która wypełniała w całości jamę brzuszną. Jelito prócz pojedyńczych powierzchownych wybroczyn okazywało wejrzenie prawidłowe i dopiero usiłowania robione w celu usunięcia wzmiankowanéj cieczy za pomocą gąbek wykazały, iż coraz nowe ilości téjże z okolicy żołądka do jamy brzusznéj wpływały. Po przedłużeniu cięcia brzusznego aż do wyrostka mieczykowatego ukazał się w okolicy małéj krzywizny żołądka tuż przy wpuście otwór rozporkowaty mający 6—8cm. długości, żołądek sam był nadmiernie rozdęty i przepełniony jeszcze teraz obfitą ilością miazgi pokarmowéj. Opróżniwszy przedewszystkiém żołądek przez istniejący otwór, zamknąłem go za pomocą 9 głębokich szwów Lemberta, w trakcie czego leżały jelita zewnątrz jamy brzusznéj osłonięte kompresami zmaczanemi w ciepłym kwasie karbolowym. Następnie oczyszczono starannie jamę otrzewny wypłukując ją rozczynem 1‰-go tymolu tak długo, dopóki nie odpływała ciecz jasna, czysta, również jelita spłukano należycie tym samym rozczynem. Operacyja trwała nie dłużéj nad godzinę, chory jednak po ukończeniu jéj

[1]) Przypadek w mowie będący obserwowałem i operowałem będąc jeszcze asystentem Billrotha, który uprzejmie pozwolił mi korzystać z historyi choroby, za co niech mi wolno będzie na tém miejscu złożyć mu najserdeczniejsze dzięki.

znajdował się w stanie najwyższego zapadu. Udało się wprawdzie przy pomocy licznych leków skrzepiających na jakiś czas poprawić stan jego, polepszenie jednak było tylko chwilowe, tak że w 3 godziny po operacyi śród potęgującego się zapadu chory życie zakończył. Z protokołu sekcyi dokonanéj w d. 10 października w przytomności starszego radzcy sanitarnego prof. Hofmana przytaczam co ważniejsze szczegóły: Płuco prawe miejscami zrośnięte z ścianami klatki piersiowéj okazuje nieliczne modzele i ogniska serowate, otoczone szarawemi guziczkami, płat lewy płuca przekrwiony, z pojedyńczych oskrzeli dobywa się ciecz śluzowo-ropna. Otrzewna na całéj przestrzeni gładka, połyskująca. Żołądek silnie rozdęty, wzdłuż środkowéj części krzywizny wielkiéj nieco brudno zabarwiony, zresztą blady, mięsisto-czerwony, zawiera w swém wnętrzu sporą ilość treści płynnéj, śluzowéj, krwawo zabarwionéj, oddziaływania słabo kwaśnego. W miejscu małéj krzywizny i wzdłuż téjże, a zarazem skośnie nieco na prawo i ku dołowi widać na przestrzeni 3 palców w poprzek ścianę żołądka zespojoną szwem węzełkowym, po oddaleniu którego wyłania się otwór rozporkowy, w tymże samym kierunku biegnący i wskróś przeszywający ścianę żołądka. Długość jego od strony otrzewny 8cm., ze strony błony śluzowéj, gdzie brzegi jego są nieregularne, nie przenosi 6cm. W środku tegoż otworu od strony otrzewny przebiega w poprzek tuż ponad brzegiem rany rozgałęzione naczynie wieńcowe grubości 2mm. Brzegi błony śluzowéj okazują wejrzenie całkiem świeże, ściana żołądka wszędzie zgrubiała, zwłaszcza w warstwie śluzowéj, która w całości krwią przesiąkła, a w części odźwiernikowéj upstrzona rozlanemi wynaczynionkami. Prócz tego napotyka się wzdłuż krzywizny wielkiéj liczne nadżerki krwotoczne, dochodzące do wielkości siemienia, pokryte warstwą gęstego śluzu. Tuż przy wpuście gardziela do żołądka i w tylnym tegoż obwodzie, a więc w bezpośredniéj bliskości lewego górnego kąta rany, ciągnie się blizna postronkowata, nieco większa od centa, w któréj jednak związku z miejscem pęknięcia dopatrzeć się nie podobna.

Przypadek opisany jest godnym uwagi zwłaszcza z punktu patologicznego i etyjologicznego. Wobec zupełnego braku dat anamnestycznych rozpoznanie nie mogło posunąć się daléj poza przypuszczenie *Peritonitis* w następstwie przedziurawienia, a przypuszczenie to stwierdziła zupełnie operacyja ukazując ku górze w żołądku nadmiernie rozdętym otwór z przebicia ścian pochodzący. Łatwo pojąć, że w braku wszelkich punktów oparcia podejrzywałem najczęstszą przyczynę przedziurawienia, t. j. wrzód przeszywający żołądek i w tém przekonaniu zamknąłem napotkany otwór szwem. Sekcyja nie wykazała jednak śladu świeżego wrzodu przeszywającego, mogło to być więc jedynie pęknięcie, za czém również przemawiało naczynie krwionośne nieuszkodzone, poprzecznie ponad szczeliną pęknięcia przeciągające. W pewnym przecież związku z powstaniem pęknięcia mogła pozostawać blizna odkryta w pobliżu tegoż tuż przy wpuście żołądka. Być może, że w miejscu pęknięcia istniała również blizna choćby mniejsza, która przy nadmiernem napięciu ścian żołądka jako *locus minoris resistentiae* najpierw się poddała, a w ten sposób wytworzona mała przerwa dopiero przy dalszém działaniu szkodliwości rozciągnęła się na zdrowe otoczenie. Mechanicznéj przyczyny pęknięcia nie tłumaczy w tym przypadku bynajmniéj wynik sekcyi, to tylko niewątpliwém, że prócz blizny usposobionéj nadto jeszcze znaczne rozszerzenie i przepełnienie żołądka mogło przyczynić się do powstania pęknięcia. Łatwo zrozumieć, że przy tym stanie żołądka każde silniejsze uderzenie w jego okolicę, gwałtowne upadnięcie na brzuch, o co nie trudno u pijanego, było dostateczném do sprowadzenia pęknięcia żołądka, przyczém zewnętrznych śladów obrażenia mogło zupełnie nie być. Lecz pęknięcie mogło wystąpić również samoistnie skutkiem nasilonych ruchów wymiotnych, a o takich wypadkach wspomina Leube (*Ziemssens Handbuch der speciell. Pathol. u. Therap. Krankheiten des Magens*) również H. Chiari przedstawił na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Wiedniu z 14 stycznia 1881 r. całkiem analogiczny przypadek, gdzie pęknięcie nastąpiło również w żołądku nadmiernie przepełnionym w miejscu małéj krzywizny w pobliżu wpustu i rozciągało się przez bliznę, którą jednak w kierunku długości znacznie przekraczało.

Również pod względem operacyjnym przypadek powyższy, mimo że niepomyślnie zakończony budzi przecież pewien interes, a to zwłaszcza wobec faktu pełnego znaczenia, iż udało się otwór w pobliżu wpustu żołądka ująć w szew. Nie bez trudności przyszło mi wprawdzie wysoko w górze tuż przy przeponie założyć szwy, musiałem też w celu dokonania tego wydobyć prawie wszystkie pętle jelit z jamy brzusznéj i osłonić je na zewnątrz jamy kompresami nurzanemi w ciepłym kw. karbolowym; nie zbyt wprawny byłem również wówczas w szwie żołądkowym, gdyż prócz gasterostomii i gasterorafii wykonywanych przez Billrotha nie miałem sposobności widzieć operacyi, przy któréj potrzeba zakładać szwy śród tak trudnych warunków, resekcyje zaś żołądka przyszły na porządek dopiero w rok późniéj. Wreszcie przyznać muszę, iż szew żołądkowy w mym przypadku nie odpowiadał zupełnie dzisiejszym wymogom, gdyż nałożyłem jedynie pojedynczy szereg głębokich szwów Lemberta, lecz mimo to starczyłby on w mojém przekonaniu w zupełności do trwałego zamknięcia powstałego otworu.

Śmierć nastąpiła niezawodnie skutkiem zapadu, który już przed operacyją wysokiego stopnia dosięgnął; nie ulega wątpliwości, że chory bezwzględnie był stracony, a zgon jego i bez operacyi był bliski. Pytanie jednak zachodzi, o ile zabieg operacyjny spotęgował zapad i w ten sposób śmierć przyśpieszył. Bez wątpienia obnażenie i oziębienie trzew brzusznych, stosowanie kompresów karbolowych a nakoniec użycie sporéj ilości (około 10 litrów) roztczynu tymolu celem wypłukania jamy brzusznéj, przyczyniły się nie mało do wzmożenia zapadu, być nawet może, że szybka śmierć w tym i w wielu innych podobnych razach zawisła jedynie od zadziałania przytoczonych szkodliwości. Przyszłość laparotomii z powodu przedziurawienia żołądka lub jelit wiąże się, zdaniem mojém, ściśle z pytaniem powyżéj uczynioném, jeśli wypadnie zapisać w pamięci konieczność unikania w czasie operacyi wszystkiego, co zapad wywołać może, a zwłaszcza energicznych środków antyseptycznych. Może w ten sposób uda się zapobiedz zwiększeniu się zapadu a tém samém podniesie się powodzenie operowanego. Okoliczność ta będzie zresztą przedmiotem późniejszego omówienia i roztrząśnienia. (C. d. n.)

II. O kokainie i jego wartości leczniczéj, mianowicie w dziedzinie okulistyki.

Napisał Dr. B. Wicherkiewicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

Gdzie chodziło o obustronne zwężenie, postępowałem

nieraz na jedném oku w przytoczony sposób, na drugiém w zwykły sposób, a chory sam stanowczo przemawiał na korzyść pierwszego.

Jeden nawet z chorych bardzo wrażliwy, przez kilka dni bez kokainu sondowany, gdy mu pierwszy raz w ten sposób po znieczuleniu wprowadzono zgłębnik w przewód łzowy, dziwił się temu, że nie tylko żadnego nie czuł bólu, ale że po raz pierwszy po włożeniu zgłębnika oko mu się kurczowo nie zamknęło lecz swobodnie patrzeć pozwoliło.

Daléj używałem kokainu z wielkiém oszczędzeniem bólu choremu przy wyciskaniu i wyskrobywaniu jaglicowych ziarnin i przy stósowaniu prądów przerywanych w porażeniach mięśni, przyczém mogłem wprost elektrodę na spojówkę bez dolegliwości dla chorego przykładać.

To też uważałem daleko prędszy skutek pod względem usunięcia porażenia, aniżeli w innych podobnych razach, gdy prąd elektryczny można było tylko przepuścić przez zamknięte powieki.

W podobny sposób stósował Dor środek ten w celu leczenia trwałego chorobowego rozszerzenia żrenicy. Jak wiadomo, autor ten już w roku 1873 podniósł myśl, że prąd przerywany zastósowany do środka rogówki za pomocą elektrody otoczonéj mokrym kawałkiem płótna, powinien korzystnie działać na zwężenie rozszerzonéj żrenicy; chorzy po największéj części z powodu nieznośnych boleści opierali się takiemu leczeniu. Dzisiaj dzięki kokainie posługuje się Dor sposobem tym bez oporu chorych i to z dobrym skutkiem; ażeby zaś powstrzymać działanie kokainu na rozszerzenie żrenicy, wpuszcza Dor wewnętrznie odpowiednio silny roztwór ezerynu do worka spojówkowego.

W pewnym przypadku nader uporczywego ścisku powiek połączonego z mruganiem, nastąpiło natychmiastowe oswobodzenie choréj od tego przykrego objawu po zastósowaniu kokainu, ale skutek był tylko przejściowy i to, ile razy kokain zastósowałem; dopiero rozszerzenie przewodów łzowych cierpienie to trwale usunęło.

Jeżeli chcemy jak najwięcéj wyzyskać własności kokainu, będziemy mogli nieraz i u niesfornych lękliwych dzieci środka tego z korzyścią użyć. Po kokainie nie prędko nastąpi kurczowe zamknięcie ócz, a w skutek znieczulenia swobodnie uda nam się powieki palcami odsunąć, aby oko dokładniejszemu poddać zbadaniu.

Co do wyjmowania ciał obcych jakotéż innych mniejszych rękoczynów, to podzielam najzupełniéj zdanie Hirschberga, że ręka zręczna bez środka tego obyć się może, dla mniéj zręcznéj i niewprawnéj pozostanie i pod tym względem kokain cennym nabytkiem. Gdy frekwencyja policliniczna zbyt silna, stosowanie kokainu przy mniejszych rękoczynach zbyt wiele zabierałoby czasu, to też ograniczam się do tego, że tylko wtenczas kokain zapuszczam, gdy ciało obce głęboko utkwiło w rogówce i nie da się lekko igłą strącić, albo chory nadzwyczajną objawia wrażliwość już przy rozwarciu powiek palcami.

Cenną własnością kokainu, dającą się znakomicie wyzyskać, tak w celach leczniczych, jak i niemniéj przy badaniu oka, jest rozszerzenie żrenicy. Skutek ten objawiał się w moich bardzo licznych przypadkach nader rozmaicie. I tak u jednych żrenica już po 10 minutach znacznie się rozszerzyła, u innych dopiero po kilkorazowém zalaniu w $^1/_2$ godziny lub nawet godzinę, a u trzecich, gdzie było chorobowe zwężenie żrenicy, kilkakrotne zalewanie żadnego nie wywołało skutku. Widocznie tam, gdzie jest podrażnienie zwieracza, kokain nie dość jest silnym do pokonania tegoż, podczas gdy atropin w tych przypadkach działa bardzo dobrze przez porażenie zwieracza.

Co do porażenia akomodacyi to i tutaj wpływ kokainu rozmaicie mi się przedstawiał, w niektórych przypadkach nie było go wcale mimo kilkorazowego zapuszczenia kokainu, w innych jednakże porażenie to odpowiadało 0,75 aż do 1 dioptryi, to téż nie dziw, że wobec tych rozmaitych spostrzeżeń, jedni autorowie nie przypuszczają żadnego porażenia, inni przemawiają za nim, uważając je za stały objaw.

Na jednę jeszcze różnicę podań wypada mi zwrócić uwagę, a mianowicie co do uśmierzania bólu sprawionego pocieraniem spojówki kamyczkiem niebieskim lub azotanem srebra.

I tu zdania niezmiernie się rozchodzą, i tak Panas twierdzi, że kokain w ogóle nie ma wpływu na znieczulenie oka chorego i powiada: *„l'oeil pathologique ou, pour mieux dire, l'oeil enflammé se montre plus ou moins réfractaire à l'action anesthésiante de la cocaine“* a M. Blanc: *„l'influence anesthésique du nouvel agent thérapeutique, si nette et si constante dans les yeux sains et même dans des cas d'ulcères de la cornée, ne se manifeste pas chez certains malades atteints de granulations conjunctivales et de pannus. Dans un de ces derniers cas, un malade, cautérisé au sulfate de cuivre après plusieurs instillations de cocaine, accusa même une douleur plus vive que d'habitude“*.

To samo twierdzi A. Chevallereau (*La France médicale* 20 listopada 1884), który ów brak działania kokainu po przyżeganiu granulacyj tłumaczy sobie po prostu w sposób Panasa, że kokain nie działa na oko zapalone. Dla czego? ani jeden ani drugi nie wyjawia.

Inaczéj .. Meyer (*Revue générale d'ophthalmologie*, 31 paźdz. 1884). Ten bowiem przekonał się, że kokain znieczula tak samo spojówkę w stanie zapalenia będącą jak i zdrową, a przyżegania spojówki kokainizowanéj nie sprawiały bólu, dopóki skutek kokainu podtrzymywano. Z ustaniem znieczulenia ból zwykły objawiał się.

Uwzględnić nam tutaj wypada wobec sprzecznych podań dwa przedewszystkiém pytania, a mianowicie: czy kokain w ogóle na błony zapalone oka działać może przez znieczulenie lub uśmierzenie bólu, a powtóre, czy kokain przed przyżeganiem spojówki, czy to siarkanem koprowiny, czy azotanem srebra lub innemi środkami zastosowany, uniemożebnia powstawanie bólu w skutek powyższych rękoczynów.

Co do pierwszego pytania, to na nie twierdząco odpowiedzieć mogę. W kilku przypadkach bolesnego ostrego nieżytu, zapalenia tęczówki, a nawet w przypadkach zapalenia iridocyklitis, kokain tak w spojówkę wkraplany jako też podskórnie wstrzyknięty (0,02—0,03) sprawiał acz nie długie (15—30 minut trwające) jednak wyraźne uśmierzenie wszelkiego bólu.

Powyżéj wspomniany Adolf Alt przytacza przykład bardzo groźnego zapalenia tęczówki, wśród którego jedynie zapuszczanie kokainu usunęło bardzo silny a niczém poprzednio niedający się uśmierzyć ból i dodaje: *Patient required an instillation of the muriate of cocaine about every two hours in order to be free from pain. This mode of treatment was continued during the night and for several days, until the first signs of wrinkling could be seen on the outer skin. Now ice applications were added. Duboisia was used besides the muriate of cocaine. The severity of the iritis was such that*

I had practically given up the eye, and when after all I saw it subsiding, I told the patient that she would have to wait a considerable time, until the eye would be so far recovered that a secondary operation, which I supposed was to be an iridectomy, could be thought of. But to my great astonishment oedema, chemosis, exsudation in the anterior chamber, irritability of the eye and infection of the conjunctiva, diminished daily and in amanner in which I have never seen it before."

To samo twierdzi w témże piśmie Dr. John Green, a tak jest przekonany o skuteczności kokainu na uśmierzenie bólu, że przedkłada ten środek wszelkim innym mówiąc: „*In iritis I know of no remedy which approaches cocaine in its power of giving prompt and full relief from pain, and it appears to be equally effective in controlling the acute reflex pain which follows exposure to light and the duller nocturnal pain which is generally associated with the recumbent position. It appears also, through its direct action upon the blood-vessels, to exert an important influence in limiting the extent and the activity of the inflammation*".

Pod względem wpływu kokainu zapuszczanego przed przyżeganiem, to mnie się sprawa ta tak przedstawiała: w przypadkach, gdzie środki przyżegające zastosowałem po jednorazowém zapuszczeniu słabego rozczynu kokainu, przyżeganie samo prawie przez chorego niedostrzeżone wywołało po kwadransie lub prędzéj ból silniejszy, aniżeli to środki powyższe oględnie zastosowane czynić zwykły.

Skoro zaś poprzednio zapuściłem stosownie (przewróciwszy należycie górną powiekę, aby ją płyn kokainu opłukał) co 5 minut 5% lub 10% rozczyn nawet mocne pocieranie siarczanu koprowiny żadnego nie sprawiało bólu i ból nie pojawiał się, gdy chory wkrótce oczy wypłukał sobie wodą, gdy nie, to z ustaniem znieczulenia 15—20 minut tém silniéj powstawał ból i to długo trwający.

Objaw ten tłumaczę sobie w ten sposób, że słabe rozczyny kokainu nie dość silnie zwężają naczynia, które po ustąpieniu wpływu kokainu rozszerzają się, następuje przekrwienie, a środek przyżegający znajdujący się we worku spojówkowym tém dotkliwiéj działa.

Po silném kokainizowaniu ból nie zaraz objawia się, ale w skutek zniesionych zwrotnych działań oka mniejsze też jest łzawienie, płyn więcéj skoncentrowany pozostaje na spojówce i tém silniéj na nią działa, co się w tém okazuje, że po ustąpieniu znieczulenia i ból względnie powstaje silniejszy i skutek na zmniejszenie ziarn lepszy (chora pewna, u któréj przed kilku dniami po raz pierwszy dla jaglicy zastosowałem siarkan koprowiny w postaci kamyczka, po energiczném kokainizowaniu oświadczyła mi nazajutrz, że ból miała silniejszy, ale też za to dziś oko swobodne i po raz pierwszy od dawna nie były powieki zlepione. Istotnie spojówka mniéj była nabrzmiałą, żadnych wydzielin a jagły słabsze).

W ostatnim czasie użyłem także kokainu przy iridotomii, a chora w ten sposób operowana najmniejszego nie doznała przy tém bólu, krwotoku z tęczówki nie było żadnego, sztuczna zaś źrenica po przecięciu błony tęczowéj znacznie się jeszcze rozszerzyła, co mianowicie przypisać trzeba działaniu kokainu na promieniste tęczowe wiązki mięsne, ciągnące tęczówkę ku obwodowi. Sądzę nawet, że ta własność przy iridotomijach ważną będzie odgrywała rolę.

Własność kokainu rozwierania szpary powiekowéj dziel-nie da się wyzyskać w tych przypadkach, gdzie łatwa jest skłonność do kurczu mięśnia obrączkowego, w skutek którego, gdy po operacyjach gałki zakładamy opaskę, łatwo wytwarza się podwinięcie powieki, będące przykrém powikłaniem w leczeniu pooperacyjném. Odkąd używam kokainu, nie zdarzył mi się przypadek żaden podwinięcia w podobnych razach, lubo nieraz skłonność była po temu. Jak nie śmiałbym z nieobecności podwinięcia wnioskować wprost o wpływie kokainu na powstrzymanie tego, tak jednak łatwo to przypuszczenie przy sposobności stwierdzić.

Konieczne niekiedy wyrywanie rzęsów sprawia osobom zbyt wrażliwym dużo częstokroć przykrości, którą znacznie złagodzić, a nawet usunąć można, przez wcieranie przed wyrwaniem kilkoprocentowéj maści kokainowéj w brzeg powieki.

Wiadomo każdemu, jakie trudności napotyka się przy badaniu stanu łamliwości u noworodków i pod tym względem może nam kokain oddać usługi niepomierne przez rozszerzenie szpary, źrenicy i zniesienie zwrotnych ruchów gałki i powiek.

Kokain nietylko zewnętrznie zastosowany działa znieczulająco, ale i podskórnie zastrzykiwany na krótki czas osłabia wrażliwość lub znieczula tkankę w otoczeniu zastrzyknięcia. Doświadczałem tego z dodatnim skutkiem u chorych cierpiących na bóle rzęskowe zastrzykując 1—2cgr. kokainu, a daléj przekonałem się, że i zastrzykiwania sublimatu wywołujące zazwyczaj dość przykry ból, chorzy znoszą daleko lepiéj, jeżeli je poprzedzamy zastrzyknięciem kokainowém, albo téż do roztworu sublimatowego dodajemy nieco kokainu. Większą ilością tego alkaloidu wywołujemy w rozczynie sublimatu skrzep, którego unikać wypada.

Spodziewać się należy, że i nerwoból nerwu trójdzielnego przez kokain podskórnie zastrzyknięty da się złagodzić lub usunąć.

Dor a także Crittchet twierdzą, że gałkę po stosownem kokainizowaniu można bezboleśnie wyłuszczyć, a tylko przecięcie nerwu wzrokowego miało w odpowiednich przypadkach ból wywoływać.

Według naszych doświadczeń trudno nam uwierzyć, ażeby kokain miał po wkropleniu do worka spojówkowego a choćby i po wstrzyknięciu do blaszki Tenona tak głęboko rozwinąć swój skutek znieczulający! Wcale zaś nie rozumiemy, jak przecięcie nerwu wzrokowego ma być połączone z uczuciem bólu, gdy nerw ten według prawa swoistéj dzielności (*specifische Energie*) na wszelkie podrażnienia odpowiada zawsze objawami światła i barw. Chociaż się o tém już Magendie, a także i Dieffenbach przekonali, to dziś wyłuszczając gałkę po kokainizowaniu bez chloroformu, snadnie za każdym razem od każdego operowanego będziemy się mogli dowiedzieć, czy istotnie śród przecinania nerwu wzrokowego doznaje uczucia światła i barw, naturalnie wtenczas tylko, gdy nerw ten nie będzie zanikłym.

Kończąc moje uwagi, wyrażam przekonanie, że rzadko który środek leczniczy, a pomijam niejednę przesadę piszących o nim, w tak wysokim stopniu umiał zadowolić oczekiwania i nadzieję doświadczających go, co właśnie kokain.

Dziś już powstała żwawa walka o pierwszeństwo pomysłu i tak pomiędzy innymi Dr. Samuel Percy z Nowego Yorku przywłaszcza sobie pierwszeństwo (*Medical Ricords* Nr. z d. 15 listopada, 1884) nowego odkrycia, które już w roku 1857 Akademii lekarskiéj w Nowym Yorku zrobić

miał przedkładając skrupuł alkaloidu z Koka, a któremu dał nazwę Erythroxylin.

Natomiast przypisuje prof. Rossbach z Jeny pierwszeństwo odkrycia Drowi Anrepowi z Petersburga, który pracując w r. 1879 w farmakologicznéj pracowni Rossbacha zwrócił uwagę większą pracą na znieczulające własności kokainu.

Nie tu miejsce rozstrzygać, czyja w tém pierwsza zasługa, ale to pewna, że wobec okulistyki przedewszystkiém Koller doświadczeniami swojemi niepomiernie się zasłużył, gdyż przed nim żaden chirurg nie wpadł na pomysł operowania zaćmy bezboleśnie, a jednak bez uśpienia.

Jakkolwiek kokain w ogóle okulistyce wielkie oddać może usługi, to przedewszystkiém nieocenionym zdaje się być właśnie przy operacyi zaćmy, gdzie wiele pożądanych rozwija nam czynności, rozszerzając źrenicę, obniżając naprężenie, zmniejszając krwotoki, a nadto czyniąc operacyję bezbolesną.

Niejeden operator, który dla znanych, a słusznych, powodów wzbraniał się użyć chloroformu właśnie przy operacyjach zaćmy, powita w kokainie dawno pożądanego i oczekiwanego sprzymierzeńca, pośrednika między sobą a cierpiącą ludzkością, potrzebującą ręcznéj jego pomocy lekarskiéj.

III. Sprawozdanie naukowe z ruchu chorych w zakładzie dla obłąkanych w Krakowie w ciągu r. 1883.

Podał Dr. Karol Żuławski,
prymarjusz tego zakładu.

Zakład dla obłąkanych rozporządza miejscem dla 70 chorych, umieszczony jest w osobnym pawilonie w roku 1874 nowo wybudowanym i odpowiada w zupełności wymogom nowoczesnym, położony wśród ogrodów ma ze wszystkich stron przystęp świeżego powietrza, wodociągi doprowadzają świeżą wodę, a oświetlenie jest gazowe.

W roku 1883 było leczonych
132 m. + 114 kobiet, razem 246 osób
z tych pozostało z r. 1882 . . 37 m. + 31 k.
przybyło w roku 1883 . , 95 m. + 83 k.
Razem 132 m. + 114 k.

Z tych opuściło zakład
wyleczonych . . . . 38 m. + 28 k.
w stanie polepszenia i niewyleczonych 45 m. + 42 k.
z których wysłano do Kulparkowa lub innych zakładów . 17 m. + 9 k.
zmarłych . . . . . : . 14 m. + 10 k.
pozostało z końcem Grudnia 1883 . . . . . . 35 m. + 34 k.

Tablica podana wykazuje ruch chorych podług form chorobowych [1]).

W ubiegłym roku liczba mężczyzn (132) przeważała liczbę kobiet (144). Największą liczbę chorych przyjęto jako cierpiących na obłąkanie (51), w drugim rzędzie cierpiących na alkoholizm (30), a w trzecim na *paralysis progressiva* (24).

Prócz literatów, artystów i adwokatów prawie wszystkie inne stany były reprezentowane, najwięcéj było sług i wyrobników (78), następnie gospodarzy wiejskich (34), osób bez stałego zajęcia (32), rękodzielników (30), urzędników (18), ze stanu kupieckiego (17), nauczycieli (11), duchownych (6), lekarzy (3).

Pod względem przyczyn chorobowych pierwsze miejsce zajmuje nadużycie napojów wyskokowych, bo w przeszło trzydziestu kilku przypadkach, nieco mniéj wzruszenia przygnębiające; choroby mózgu chroniczne lub zwyrodnienia przeszło w 20stu przypadkach. Skłonność rodowa w 12, zboczenia połogowe w 7. Resztę przyczyn w poszczególnych tylko przypadkach spostrzegano, a w największéj liczbie przypadków przyczyna była niewiadoma. Wynik leczenia nazwać można pomyślnym, albowiem zakład opuściło 66 chorych wyleczonych, 87 zaś niewyleczonych, z których 26 osób wysłano do innych zakładów, a przeważnie do Kulparkowa, pomiędzy resztą zaś 61 było bardzo wielu takich, których rodzina jako w stanie polepszonym do domu odebrała na własne żądanie — lub też jako niezupełnie wyleczeni w drodze urzędowéj wydalonymi zostali.

Czas pobytu chorych w zakładzie: do jednego miesiąca było 47, od 1go do trzech miesięcy 50, do sześciu miesięcy 36, do jednego roku 25.

W ogóle leczenie chorych gwałtownych było symptomatyczne, do uspokojenia tychże dążące; środkami lekarskiemi w tym celu używanemi były: morfin, opium, kali bromatum, digitalis, chloral, obok których używano kąpieli letnich przeciągłych, kąpieli zimnych krótkotrwałych, odsobnienia; chorych zaś niszczących ubranie, kaleczących samych siebie, pomazujących się kalem lub wykonywających samogwałt ubezwładniano. U wzbraniających się przyjmowania pokarmów wprowadzałem pokarmy płynne za pomocą sondy elastycznéj. Z leków nasennych oprócz morfinu i makowca zalecałem chloral w dawkach od 2.00 wyżéj. Przy doświadczeniach paraldehyd okazał się nieodpowiednim, raz, że nie sprowadzał pożądanego i szybkiego dłuższy czas trwającego snu, powtóre że chorzy przyzwyczajali się prędko do leku i dawki trzeba było powiększać. Doświadczenia robione z hyosciaminem nie wykazały również rezultatu, któryby mógł zachęcać do stósowania go w którychkolwiek z form chorobowych.

W chorobach umysłowych, w których jako przyczynę chorobową wykazać można było chorobę ogólną, stosowano leczenie przeciwko tejże, obok używania środków uspakajających, jak wstrzykiwań morfinu lub makowca.

Kali bromatum zadawałem w obłędzie epileptycznym począwszy od 6·00 dziennie we dwu dawkach, zwiększając

---

[1]) **Ruch chorych podług form chorobowych.**

Forma chorobowa	Pozostało z r. 1882		Przybyło w r. 1883		Leczono razem w r. 1883		W r. 1883 opuściło zakład: wyleczonych		niewyleczonych		zmarłyc.		Razem		Pozostało z r. 1883	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
Alcoholismus	6	2	23	7	29	9	21	5	3	2	1	1	25	8	4	1
Delirium acutum . .	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	1	1	1	1	—	—
Mania	4	6	5	12	9	18	8	10	—	1	—	—	8	11	1	7
Melancholia	3	5	7	13	10	18	6	10	1	3	—	—	7	13	3	5
Nowotwory mózgu .	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Kiła mózgu	1	—	3	—	4	—	—	—	2	—	—	—	2	—	2	—
Meningitis	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	1	—	2	—	—	—
Paralysis progressiva	8	1	21	3	29	4	—	—	11	—	8	4	19	4	10	—
Obłąkanie	10	12	20	31	30	43	3	3	17	27	1	—	21	30	9	13
Obłąkanie z epilepsyją	2	—	6	6	8	6	—	—	6	3	—	—	6	3	2	3
Obłąkanie z hysteryją	—	2	—	1	—	3	—	—	—	1	—	1	—	2	—	1
Niedołęstwo umysłow.	3	3	6	8	9	11	—	—	4	5	1	2	5	7	4	4
Lyssa humana . . .	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—
Razem	37	31	95	83	132	114	38	28	45	42	14	10	97	80	35	34
Liczba ogólna . . .	68		178		246		66		87		24		177		69	
Procent					53·6	46·4	27·2		35·3		9·4		71·9		28·1	

co 4 dni dzienną dawkę o 1 gram, a dochodziłem do dawki o ile się dało najwyższéj niekiedy do 20·00 a następnie zmniej. szałem znowu co 4 dni dawkę dzienną o 1 gram, dopóki nie doszedłem do początkowej dawki. Wynik takiego leczenia był ujemnym, co najwięcéj sprawił, iż napady obłędu były słabsze W obłędzie na podstawie kiłowéj stosowałem leczenie antisyfilityczne, jakoto wcieranie szaruchy, bez lub też w połączeniu z użyciem jodku potasu, w dawkach od 2·0 do 5·0 dziennie. Wcierań szaruchy po 3·00 dziennie używałem w tych przypadkach, gdy chory był dobrze odżywiony, jeżeli podczas leczenia kiły mało przetworów rtęciowych używał, i jeżeli infekcyja nie nastąpiła dawniéj niż przed laty 5—6. Skłoniło mnie do tego spostrzeżenie, że skoro powyższych czynników nie uwzględniłem i wcierania szaruchy zaleciłem, to po kilku lub kilkunastu wcieraniach zaprzestać musiałem tychże, wystąpiły bowiem objawy dla chorego groźne a przedewszystkiém znaczny upadek sił, wychudnienie, biegunka, pod względem zaś umysłowym zwiększały się podniecenie szałowe, bezsenność i urojenia. U chorych zatém niekwalifikających się do wcierań zadawałem Kali jodatum samo lub z Kali bromatum począwszy od 2·0 do 5gr. dziennie a jeżeli się chory nie uspakajał, albo nie znosił leku, albo też odżywienie jego podupadło, przechodziłem do arsenu i podawałem tenże albo sam, albo téż w połączeniu z żelazem, obok tego stósowałem środki uśmierżające, jak morfin i chloral, wreszcie w razie wystąpienia jakich ubocznych cierpień i inne środki lecznicze. Że w chorobach umysłowych u osób, które przebyły kiłę, leczenie wcieraniami często sprowadzało pogorszenie stanu umysłowego, przy zadawaniu zaś arsenu polepszenie następowało, potwierdzają następujące przypadki:

I. *Paralysis progressiva.* Przed 12 laty zakażenie kiłą, przed rokiem zawroty głowy, późniéj napad paralityczny z upośledzeniem mowy i utratą pamięci, ostatecznie podniecenie szałowe z bredzeniem, obłęd wielkości ze znamionami przytępienia umysłowego; odruchy kolanowe zwiększone. Po pięciomiesięcznem leczeniu polepszenie.

H. S. lat 29 liczący, kat. stanu wolnego, medyk przyjęty dnia 6go listopada 1882 r. Ani rodzice ani nikt z rodzeństwa nie chorował umysłowo lub nerwowo, chory był zawsze zdrowym, już małym będąc chłopcem wykonywał onanię, a w 17 roku życia nabawił się kiły, przeciw której używał *Protojod. Hydrargyri* w pigułkach; plamy jakoteż i stwardnienie wrzodu ustąpiły, w rok późniéj dostal *condylomata ad anum* i w gardle; miękkie wrzody z dymienicami miewał późniéj często, tak samo i trypra, którego się podczas służby wojskowéj nabawił, bezustanne wybryki *in Baccho et Venere*, bezsennie spędzane noce przy grze w karty lub na hulatyce u dziewcząt, sprowadziły znaczne osłabienie, brak apetytu, bolesność w okolicy żołądka i wątroby, która miała ustąpić dopiero po użyciu pigułek Morisona. W październiku 1881 wystąpił ból głowy po obu stronach czoła. W lutym 1882 pojawiły się zawroty głowy, które się powtarzały co dwa tygodnie; przypuszczając że to pochodzi z osłabienia, pił chory wino i dobrze się odżywiał, wkrótce atoli zauważył drżenie ręki takie, że szklanki z winem nie mógł donieść do ust; nie miał żadnych bólów reumatycznych ani też nie czuł upośledzenia ruchów lub czucia. W lipcu b. r. podczas ryгorozum dostał zawrotu głowy tak silnego, że spadł ze stołka, poczém zauważył, że się zacina przy mówieniu, oraz że zapomina tego, co przed chwilą mówił, zapominał nazwy osób, jakoteż nie pamiętał, gdzie jaki przedmiot położył. Badanie wykazało: Odżywienie złe, skóra blada, podściółka tłuszczowa skąpa, lekkie drżenie języka oraz palców u rąk. Brak wszelkich śladów kiły, w prawéj pachwinie blizny liczne, w rowku po za żołędzią 3 blizny dołeczkowate, błona śluzowa ujścia cewki sina i obrzmiała; odruchy kolanowe podwyższone. Cięzar ciała 59 kilogram. Pod względem umysłowym obłęd wielkości; kupuje wsie za krocie, zarobi na nich miliony, chce pisać do brata po powóz i 4 konie, założy fiakry w Krakowie i zarobi znowu krocie, długi za wszystkich chce płacić, narzeka na stryja, że z jego winy popadł w chorobę, że mu zazdrości majątku i godności. Zalecono kąpiel, injekcyje morfinu 0·02 a w razie bezsenności chloralu 2·0 na noc.

8 listopada w nocy nie spał, chloralu nie chciał wypić wyrzucił go z ręki posługaczowi, pobił posługacza, śpiewał i hałasował, wyzywał wszystkich do mierzenia się z nim. Po południu podczas przechadzki, kazał chorym przyklęknąć i miał do nich kazanie, pod wieczór gwizdał, śpiewał, skakał, a gdy go odosobniono, potargał na sobie koszulę w strzępy, obwinął niemi prącie swoje utrzymując, że to bukiet, ze słomy wyjętéj z siennika porobił skręty, obwinął szyję i głowę, utrzymując, że to korona. Mienił się Mojżeszem, Jezusem Chrystusem, Bogiem, Królem polskim. Z uwagi, że chory przebył kiłę, zaordynowałem po naradzie z Dr. Zarewiczem injekcyje sublimatu:

Rp. Sublimat. corrosivi 0·50
Aq. destill. 50·00
Natri chlorati 5·0
Morfii muriatici 1·00
DS. Raz na dzień całą strzykawkę.

a równocześnie Kali jodati 10. — Aq. destill. 200·00 DS. trzy łyżki dziennie.

10 listopada chory utrzymywał, że jest admirałem, że weźmie ślub, podczas którego 4 muzyki wojskowe przygrywać będą; osobnym pociągiem pojedzie po błogosławieństwo do cesarza, dostanie nominacyję na admirała i flotę całą; utrzymuje, że brat jego był królem szwedzkim. Na noc 3·00 chloralu.

11 listopada. Pomimo chloralu nie spał, tylko śpiewał i i gwizdał, wyrzucił słomę z siennika, który potargał, obwiązał sobie głowę słomą, utrzymywał że jest królem.

13 listopada użala się, że go drudzy chorzy nie szanują jako króla, i przez „ty“ do niego mówią, rozrzewnia się.

19 listopada. Niespokojny, biega, skacze, targa ubranie, utrzymuje, że go lekarze trują i zabijają, że ich stryj przekupić musiał.

21 listopada. Nadzwyczaj serdeczny dla lekarzy, całuje ich, chce podnosić w górę, czuje się najzdrowszym i najsilniejszym. Po wizycie niespokojny, krzyczał, zrywał się do bicia, biegał, potargał ubranie; odosobniono go.

5 grudnia. Injekcyje codzień robiono, pomimo że się od nich wypraszał i narzekał na ból; miejscowo zauważono tylko zaczerwienienie i małe obrzmienie, codzień stawał się więcéj niespokojnym, i coraz dłużéj musiał być odosobnionym w dzień, a w nocy zawsze. Od chwili przybycia do zakładu okazał się ubytek 3 kilogrm. na ciężarze ciała. Zaniechano wstrzykiwań sublimatu i Kali. jodatum, a zalecono: *Solut. arsen. Fowleri. guttas 30-Ferri pyrophosphorici natronati 3·0 Aq. destill. 200·0* dziennie, nadto injekcje morfinu daléj.

15 grudnia. Ciągle niespokojny, krzyczy, hałasuje, bez chloralu nie sypia.

31 grudnia. Mocno rozdrażniony, krzyczy z całego gardła, tupie nogami, zaczepia każdego, targa ubranie.

15. stycznia 1883. Napady szałowego podniecania powtarzają się regularnie co dwa dni, w przerwach jest względnie przytomny, rozmawia z lekarzami, prosi o uwolnienie, apetyt lepszy.

29 stycznia. Napisał list do swojéj narzeczonéj wcale porządny, wkrótce jednak po napisaniu zaczął znów mówić od rzeczy, kłócić się, zrywał się do bicia, krzyczał i hałasował, tarzał się po ziemi, tak że go musiano odsobnić.

Od 15 lutego przytomność coraz więcéj wracała, przestanki pomiędzy podnieceniami szałowemi trwały po 3-dni a wtenczas narzekał i ubolewał nad swoim stanem, przybierał sobie mocno do serca, że karyjera jego jako lekarza zwichnięta.

Od 15 marca podniecenia szałowe ustały, wróciła kompletna przytomność, pamięć dawna, wszystkie objawy chorobowe pamiętał i przypominał sobie, leczenie uważał jako doświadczenia popełniane na sobie, że mu się zdawało, iż tylko dla tych doświadczeń umieszczono go w zakładzie.

W dniu 22 kwietnia 1883 jako zupełnie spokojny i przytomny opuścił zakład w stanie polepszonym, ciężar ciała 65 kilogrm. Po półrocznym pobycie w domu, przez któryto czas najmniejszego zboczenia umysłowego nie zdradzał, owszem do egzaminu się przyspasabiał, nastąpiło podniecenie szałowe, z powodu którego umieszczony w zakładzie w Kulparkowie tamże życie zakończył.

II. *Paralysis progressiva.* Przed 8 laty zakażenie kiłą, przed rokiem napad paralityczny z afazyją, późniéj napady drgawek, po których wystąpiło podniecenie szałowe ze złudzeniami wzroku i obłędem wielkości zdradzającym przytępienie umysłowe. Po półtora miesięczném leczeniu opuścił zakład w stanie polepszonym.

S. D. lat 32 liczący, żonaty, obywatel ziemski dziedzicznie usposobiony, albowiem ojciec i stryj jego cierpieli umysłowo, a siostra jest również umysłowo chorą. Przed 8 laty przebył kiłę, wyżył znaczne dawki *Protojod. Hydrargyri*, następnie używał wcierań szaruchy. Po trzech latach zrobił znowu 30 wcierań szaruchy po 3·00 dziennie. W październiku 1880 r. używał kąpieli ciepłych z powodu bólów gośćcowych, a w listopadzie używał *Kalium jodatum* i równocześnie zrobił 30 wcierań. Przy końcu wcierań wystąpił napad paralityczny z afazyją, która zwolna ustąpiła, w kwietniu pojawiły się napady drgawek, po których stał się tak dalece gwałtownym i niespokojnym, że umieszczenie go w zakładzie stało się konieczném. Przywieziony 10go maja 1881 do zakładu chodził po kurytarzu szybkim krokiem, dobywał się do drzwi, wprowadzony do pokoju nie chciał się kłaść spaść, zbudził chorego, w którym upatrywał swego rządcę, żądał od niego papierosów i kluczy, posługacza, który go chciał rozebrać, chwycił za gardło i dusił, lekarstwa zażyć nie chciał, nie pozwolił sobie zrobić injekcyi morfinu, czuł się zupełnie zdrowym, i wogóle objawiał zdziwienie, jak można tak zdrowego jak on umieszczać w szpitalu. Pomimo injekcyi morfinu 0·02 hałasował i krzyczał tak, że go musiano odosobnić.

11/5. W nocy nie spał, odgraża lekarzowi połamaniem kości, wysłaniem w Sybir, za nieprawne trzymanie go w szpitalu, a za zamknięcie go przez całą noc w pokoju zimnym każe dać 2000 kijów. Sprowadzony do kancelaryi nie pozwala się badać, wyzywa lekarza zbójem, łotrem, pluje na niego, zobaczywszy zaś papierosy w ręku lekarza rozczula się, przeprasza, wreszcie prosi o papierosa, obiecując się pozwolić zbadać. Badanie wykazuje: Niedokrewność znaczna, źrenica prawa rozszerzona nie oddziaływa na światło, język zbacza na lewo i drga, fałd nosowargowy płytszy, palce u rąk drgają, na lewéj nodze ustać nie może, tém mniéj gdy zamknie oczy, chodząc utyka nogą lewą, przy zwrotach w lewo zatacza się. Ciężar ciała 65 kilogrm. Oburzony z powodu ważenia go rozdrażnił się, począł krzyczeć, kląć, chciał targać ubranie, że go musiano odprowadzić na oddział i odosobnić. Zalecono injekcyje morfinu 0·02 rano i wieczór stopniując co kilka dni o pół centigrama, oraz *Rp. Solut. arsenic. Fowleri guttas 30, Ferri pyrophosphorici natronati 3.00 Aq. destill 200.0,* dwie łyżki dziennie, w razie bezsenności chloralu 3.00.

12/5. Pomimo chloralu nie spał, nad ranem się uspokoił, zaczepiał chorych żądając od nich papierosów; w jednym z chorych poznaje swoją żonę, rozczulony całuje go i głaska, żałuje jéj że tak bardzo zmizerniała, że wyłysiała, a nawet broda jéj wyrosła ze zmartwienia. Siostrę Miłosierdzia uważa ze swoją matkę, całuje po rękach, wreszcie wyrzuca jéj jak mu może rozkazywać, kiedy już jest żonatym, wyprasza sobie chęci rządzenia nim jak dzieckiem. Przechadzając się po kurytarzu odpycha chorych na bok, każe im siedzieć, zabrania im przybliżać się, posługaczy wyzywa ostatniemi słowy; po chwili podnosi skrawek papiera z ziemi i ofiaruje go jako banknot 50-rublowy posługaczowi za obsługę. Na uwagę tegoż, że to papier bez wartości, chce go uderzyć w głowę, a gdy się mu to nie udało, oddala go ze służby. Obiadu i kolacyi jeść nie chciał, bo potrawy powinni mu przynosić kelnerzy hotelowi na srebrnéj tacy.

14/5. Podczas narady z prof. Dr. Korczyńskim żali się, że mu jeść nie dają, że mu zupełnie zdrowemu jakieś lekarstwa pić każą, że go kłują, na noc zamykają, „gdzież to panie kochany czekam do wieczora, a tu nic nie dają jeść, ja się zemszczę nad tym łotrem, wsadzę do kryminału albo wyślę na Sybir, a mogę to zrobić, bo mam 200.000 milijonów rubli. Panu dam 10.000 rubli, płać pan doktorom, aby mi żona była zdrową; wczoraj ten łotr moją chorą żonę w obecności mojéj mył, i ja się na to patrzeć musiałem, byłbym go zastrzelił, gdybym miał rewolwer, ale mnie zamknęli“. Zalecono leczenie jak wyżéj.

18/5. Pomimo chloralu mało sypiał, po całych dniach niespokojny, zrywał się do bicia posługaczy, rozczulał się nad chorymi, rozdawał im kawałki papieru, resztki z cygar jako drogocenne rzeczy, żalił się przed nimi na niegodziwe obchodzenie się, mówiąc, że to niesłychana rzecz, co z nim wyrabiają, „ja chcę iść do miasta, a oni mnie tu zamykają.“

21/5. Żądał papieru do pisania, rozpisuje telegramy bez związku i sensu, w końcu napił się atramentu, wypluł na rękę i pomazał całą twarz, tłumaczył się, że myślał iż to lekarstwo.

26/5. Po całych dniach bezustannie mówi; mieni się bogaczem, szwagier jego jest milijonowym panem, na cały świat chce telegrafować, wsiądzie na araba i objedzie całą Europę, pojedzie do gubernatora, każe mu wszystkich do kryminału powsadzać, jest najlepszym adwokatem i doktorem, jest socyjalistą, wszystkich cesarzy strąci z tronu, podatki będzie sam odbierał, zrobi się ministrem. Dziś wyjdzie ze szpitala, czeka tylko na kuferek, aby go wziąść na plecy i do domu pojechać, a nawet piechotą pójdzie, bo zajdzie 100 a nawet i 1000 mil jednego dnia.

28/5. Podczas odwiedzin żony i szwagra zachowywał się spokojnie, rozmawiał z początku donośnym głosem, pó-

żniéj rozczulony płakał, począł mówić coraz ciszéj, a wreszcie tak cicho do ucha mówił, że go nic nie rozumiano. Na uwagę żony, że go nikt nie rozumie, rozgniewał się, począł bić ręką w stół, tupać nogami, oburzony mówił o bogactwach swoich, że jest admirałem, cesarzem całego świata, wreszcie o długach swoich, wypędził żonę, sprowadzony na oddział krył się za drzwiami, twierdząc, że na niego cesarze czatują i chcą go zabić.

2/6. Spokojny przechadza się po kurytarzu nie mówiąc do nikogo, popłakuje, zapytuje posługacza, zkąd się wziął w szpitalu.

8/6. Spokojny i małomowny, kryje się za drzwi, tęskni za żoną, sypia dobrze; podczas wizyty grzeczny i uprzejmy, całuje lekarza po rękach, prosi o papier, aby mógł napisać do żony. Napisał list. „Najdroższa żono. Proszę donieść mi, ponieważ jesteś chorą, więc pierwéj muszę widzieć osobiście z Tobą i przekonać się o Twém zdrowiu. S. D.

15/6. Odpowiada na pytania rozsądnie, zapytuje, czy nie było żony, lub wiadomości od niéj, sypia dobrze, spokojny, grywa w domino, spaceruje codziennie po ogrodzie, dla lekarzy i chorych uprzejmy.

22/6. Napisał list do żony. „Kochana Janciu! Donoszę Ci, że jestem już zupełnie zdrów, a ponieważ obiecałaś przyjechać po mnie, więc proszę Cię, abyś dotrzymała Twéj obietnicy. Również pragnąłbym, abyś przywiezła nasze córeczki, których nie widziałem tak dawno. Zatém oczekuję waszego przybycia z utęsknieniem, bo inaczéj mógłbym przypuszczać, że ktoś z Was jest tam chory. Nie mam więcéj do nadmienienia jak Ciebie ucałować serdecznie, córeczki także, a Mamie rączki całuję. Twój szczerze Cię kochający mąż. S. D.

Dnia 23 czerwca, w stanie polepszonym żonie oddany; ciężar ciała 78 kilogrm., ruchy swobodne przy chodzeniu nieznać utykania, drżenie języka i palców rąk utrzymuje się, wyraz twarzy wesoły. Zalecono choremu kuracyję w zakładzie wodoleczniczym, oraz *Solut. arsenic. Fowleri* po 10 kropli dziennie, zwiększając co 5 dni o kroplę, aż do 20 kropli. W rok później przedstawił się chory podczas bytności w Krakowie, oprócz lekkiego przytępienia umysłu i nieco osłabionéj pamięci, czuł się zresztą fizycznie zdrowym, cieszył się, że się może zajmować gospodarstwem i sam wszystko załatwiać; wyglądał dobrze, drżenie języka i palców rąk utrzymywało się. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Samuel Fenwick (London Hospital): **O przebiciu wyrostka robaczkowego jelita ślepego.** Wykład kliniczny. Podał w streszczeniu Dr. Roman Barącz.

Godny podziwu postęp, jakiego doznała owaryjotomija w ostatnim lat dziesiątku, zachęca do przypuszczenia, że wiele chorób możnaby traktować chirurgicznie, gdyby tylko rozpoznanie ich było pewniejszém; gdyż wiele operacyj daje wyniki niekorzystne nie tak dla przyrody cierpienia ani też dla następowych zapaleń, jakie za sobą pociągają, ile raczéj dla zwłoki w rozpoznaniu.

Do tego szeregu chorób, które dla swéj rzadkości w ostatnich latach zwróciły na siebie badawcze oko patologów, należy przebicie wyrostka robaczkowego. W ubiegłym roku F. obserwował 5 takich przypadków, z których wybrał dwa jako ilustracyję obrazu chorobowego najczęściéj spostrzeganego w tém cierpieniu.

W 1szym przypadku 17-letni młodzieniec od 9 dni cierpiał silny ból w brzuchu i osłabienie tak znaczne, że był obłożnie chorym. Ból ten odnosił chory do podbrzusza, jakkolwiek cały brzuch był mocno bolesnym przy dotyku. Tętno 108 słabe. Język mocno obłożony. Brzuch wzdęty do znacznego stopnia, ruch robaczkowy jelit nieprzyspieszony. Stłumienie odgłosu zupełne w okolicy podbrzusza, przytłumienie okolicy kiszki ślepéj. Przez kiszkę odchodową wyczuwalna bryła przedstawiająca się jako splot jelit cienkich. Chory przed 9 tygodniami dźwignął ciężki zwój papieru i od tego czasu cierpiał już na ból w brzuchu. Przed 7 dniami zaś po spożyciu wieczerzy zaczął doznawać silnego bólu w nadbrzuszu i ból ten trwał aż do czasu przyjęcia go do szpitala. Rozpoznano: *Perforatio processus vermiformis.* Podawano *Opium purum* w sporych dawkach. Chory chwilowo tylko czuł ulgę i wśród słabnięcia tętna umarł 10go dnia choroby. Sekcyja wykazała ropne zapalenie otrzewny ze zrostami jelit, pomiędzy któremi nagromadzoną była znaczna ilość ropy. Guz wyczuwalny za życia przez kiszkę odchodową składał się ze splotów jelit zlepionych pomiędzy sobą i z pęcherzem po stronie prawéj. Znaczniejsza ilość wolnéj ropy w jamie brzucha. Znaczne nastrzykanie naczyń wyrostka robaczkowego, którego szczyt jest purpurowo zabarwiony, zgrubiały; górna część tegoż zatkana zbitym kałem; tuż poniżéj tego miejsca otwór do jamy brzusznéj. Jelito ślepe nastrzykane.

2gi przypadek dotyczy 50-letniego chorego, który uskarża się tylko na nieznaczny ból w brzuchu i klatce piersiowéj. Chory siedzi w łóżku. Język mocno obłożony; chory nie wymiotuje, pokaszluje i nie może łykać stałych pokarmów. Nie gorączkuje. Podbrzusze bolesne obrzmiałe, odgłos nad niém stłumiony. Przed 6 miesiącami zaczął doznawać owego bólu, który czasem miał być bardzo gwałtownym. Przez 5 dni przed przyjęciem do szpitala miał wymiotować. Podczas pobytu w szpitalu jedyny objaw: silna biegunka. Chory umarł skutkiem wyniszczenia 7go dnia pobytu w szpitalu. Sekcyja wykazała stwardnienie obu szczytów płuc, jamę w prawém płucu i gruzełki prosówkowe na powierzchni dolnych płatów obu płuc. Liczne zrosty dolnéj części jelita cienkiego świeżą limfą odgraniczone, nagromadzenie ropy w jamie miednicy. Przebicie wyrostka robaczkowego w skutek wrzodu stojącego w związku z wspomnionym ropniem.

W 1szym przypadku wcześnie wystąpiło rozlane zapalenie otrzewny; objawy były groźne, od początku zatrzymanie stolca; drugi przypadek odznacza się znowu przewagą miejscowych objawów. W 1szym przypadku przebicie powstało, według podania chorego, po urazie u osoby przedtém zupełnie zdrowéj, w 2gim przypadku u suchotnika. F. mówi o rzadkości takich przypadków, gdyż w protokółach sekcyjnych *London Hospital* z ostatnich 40 lat tylko 19 razy *proc. vermif.* przedstawiał sprawy chorobowe. F. nie polega na własnych przypadkach, ale uważa za stósowne zebrać wszystkie ogłoszone przypadki, których liczba dochodzi do 129, ażeby dojść do pewnych wniosków. Z tych wszystkich przypadków tylko 96 opisano dokładnie, a z tych 38 przedstawiało ropnie miejscowe. W 16 przypadkach ropień utworzył się w sąsiedztwie wyrostka robaczkowego. W 12tu przypadkach ropa była nagromadzona w *fossa iliaca*, w niektórych naokoło *coecum*, w innych pod powięzią włókna mięśniowe były wiotkie i przebite. W kilku przypadkach torebka nerek była przebitą i powstały ztąd znaczne ropnie naokoło nerki. Ale nasuwa się pytanie, dla czego przypadki przebicia wyrostka robaczkowego mają skłonność do wy-

twarzania zapalenia miejscowego, podczas gdy po przebiciu żołądka albo jelit cienkich stan ten rzadko się zdarza? Różnica ta naturalnie polega na naturze i ilości materyjału wydzielonego. W przypadkach przebicia żołądka wylewa się znaczna ilość bardzo drażniącéj treści, wywołując na każdém miejscu zetknięcia się téjże z otrzewną zapalenie, podczas gdy treść wyrostka robaczkowego stanowi zazwyczaj istota zbita lub w skąpéj tylko ilości wydzielona, która już ciężarem swoim jest zniewoloną do wypełnienia niższych części otrzewny. Łatwo także pojąć, dla czego w jednym przypadku napotykamy wypocinę włóknikową, w innym ropę,—oto ponieważ śmierć już zaskoczyła chorego, zanim mogło przyjść do ropienia. Trudniejszém już jest do wytłumaczenia, dla czego w jednym przypadku ogranicza się ropień do miednicy, w innym zaś przypadku zajmuje *fossa iliaca*. Prawdopodobnie zależy to od długości i ułożenia *proc. vermiformis*. Zapalenie musi być najwidoczniejszém tuż w miejscu przebicia. Jeżeli wolny koniec wyrostka robaczkowego jest owrzodzony i sięga do miednicy, ropień będzie usadowiony w *hypogastrium* albo w miednicy. Jeżeli zaś wyrostek jest krótki, albo jeżeli leży tuż po za jelitem ślepém, albo jeżeli przebicie miało miejsce u nasady wyrostka robaczkowego, głównie tkaniny naokoło *fossa iliaca* będą zajęte. Drugą okolicznością, od któréj zależy tworzenie się ropni, są zrosty pomiędzy wyrostkiem robaczkowym a tkaninami sąsiedniemi. Jelito ślepe cienkie, otrzewna i pęcherz były temi tkaninami, do których wyrostek robaczkowy był uczepiony a w niektórych przypadkach widocznie przyszło do zrostów przed przebiciem wyrostka. W innych znowu przypadkach wyrostek robaczkowy był zrośnięty z kanałem pachwinowym albo stanowił treść worka przepuklinowego a ropa przebiła moszna. Nie we wszystkich przypadkach zejście śmiertelne musi być następstwem takiego ropnia. W jednym przypadku ropę wypuszczono przez nakłucie powłok brzusznych, w innym przyszło do pojawienia się ropnia na udzie, a raną tą wydzieliła się ropa i kał. W innych znowu przypadkach ropień taki przebija jelito ślepe, cienkie albo proste i w ten sposób chorzy wyzdrowieli. Z całéj téj liczby przypadków tylko jeden jest wspomniany, w którym znaleziono ropę w żyłach brzusznych, w jednym przypadku powstał ropień w wątrobie, w jednym równocześnie zapalenie opłucny, w jednym zapalenie płuc stwierdzono po śmierci. Wątpliwém jest, czy zapalenie opłucny przeniosło się z jamy brzusznéj na opłucnę przez przeponę, prawdopodobniéj powstało zapalenie opłucny w następstwie wchłonienia ropy. Uderzającą jest okoliczność, że posocznica tak rzadko przyłącza się do tych ropni, podczas gdy głębokie ropnie odnóg często do niéj prowadzą. Da się to jednak łatwo wytłumaczyć. Ropnie te są otorbione, żyły otrzewnowe pokrywa tu warstwa włóknika, podczas gdy w sąsiedztwie głębokich ropni odnóg przebiegają liczne żyły. W podobny sposób należy sobie tłumaczyć częstość ropni wątrobowych w przebiegu czerwonki w obec rzadkości tychże w przypadkach ropni otrzewnowych; w pierwszych drażniąca wydzielina styka się bezpośrednio z żyłami krezkowemi obnażonemi skutkiem wrzodów, w drugich żyły są odgrodzone od ropy. Jakkolwiek w takich przypadkach zapalenie dotyczy zazwyczaj dolnéj części otrzewny, to jednak na 95 przypadków 59 razy cała otrzewna była zajęta sprawą chorobową; zależy to przeważnie od ilości zrostów. Zapalenie otrzewny rozlane jest czasem pierwszym objawem przebicia wyrostka robaczkowego i w innych przypadkach zapalenie części otrzewny w sąsiedztwie wyrostka robaczkowych postępuje powoli aż zajmie całą otrzewnę; rzadziéj już występuje w skutek pęknięcia ropnia otorbionego koło wyrostka robaczkowego do jamy brzusznéj. Zapalenie to zawsze jest ropném.

Skoro przypadek taki ściągnął po raz pierwszy na siebie uwagę patologów, zauważano często ciało obce wewnątrz wyrostka robaczkowego, i to uważano długo jako przyczynę owrzodzenia. W 125 przypadkach badano pod tym względem i w 55 znaleziono bądź konkrecyję, masę kałową, bądź téż ciało obce. Ale dla czego ciała obce dają tu początek wrzodom pomimo, że często napotykamy w wyrostku robaczkowym przypadkowo przy sekcyi ciała obce jak śrót, groch itp. nawet glisty? Najprawdopodobniéj w wielu przypadkach obecność zgęszczonego kału przez drażnienie wywołuje owrzodzenie, a do tego przyczynia się kał zatrzymujący się w jelicie ślepém. Należy także wytłumaczyć, dla czego w obec wrzodów w górnéj części wyrostka (tj. u nasady) gdzie téż było ciało obce (kał), przebicie powstało na ślepym końcu wyrostka. Oto wyrostek robaczkowy ma własną krezkę, która często nie sięga aż do szczytu (ślepego) wyrostka; koniec ten ślepy odżywiają naczynia krezki, które przebiegają tuż przy *coecum*. W ten sposób każde zapalenie (owrzodzenie), które tamuje krążenie, sprowadza obumarcie końca wyrostka. I w największéj liczbie przypadków bywa téż sam koniec przebity. W jaki sposób powstają te konkrecyje? Ogólném było mniemanie, że w skład ich wchodzą fosforany wapna i sodu (z których się głównie składają), wydzielone przez błonę śluzową wyrostka, układające się naokoło jądra z kału albo z niestrawionych pokarmów. Ma to miejsce w istocie w wielu przypadkach, ale często konkrement składa się tylko z soli ziemnych. Jeden przypadek jest znanym, w którym wyrostek był wydęty treścią mleczną, podczas gdy nasada była zarośniętą. Często napotykamy przebicie bez obecności ciała obcego jako następstwo wrzodu gruźliczego. W 6ciu przypadkach przebicie wyrostka robaczkowego było następstwem wrzodów durowych. (C. d. n.)

Rossbach: **O leczeniu chorób jelit naftalinem.**

Autor już na tegorocznym Zjeździe berlińskim zwrócił uwagę na to, że naftalin jest najlepszym środkiem służącym do odwaniania treści przewodu pokarmowego, ponieważ można go zadawać tygodniami całemi w dawce dziennéj 5grm. bez szkody dla ustroju; pochodzi to ztąd, że środek ten tylko w bardzo małéj ilości ulega wessaniu, podczas gdy większa część przechodzi niezmieniona przez przewód pokarmowy i miesza się dokładnie z kałem. Z innych środków tylko kalomel ma podobne własności, lecz ma za to tę ujemną stronę, że wywołuje prędko zatrucie rtęciowe i dla tego przez dłuższy czas podawać go nie można. Aby ocenić należycie skuteczność jakiegoś środka leczniczego, trzeba przedewszystkiém zgodzić się na sposób podawania i gatunek przetworów, gdyż tylko tym sposobem doświadczenia kontrolujące mogą doprowadzić do tych samych wyników. R. poddaje naftalin w handlu znajdujący się oczyszczeniu: jeżeli się go wymywa alkoholem, to ten ostatni z początku barwi się jasno żółto, co już dowodzi, że w nim znajdują się istoty powstałe ze spalenia. Wymywa się najlepiéj w lejku tak długo, póki spływający alkohol nie jest zupełnie bezbarwny. Pozostałość przedstawiająca się w postaci wielkich, czysto białych, pięknie wytworzonych kryształków, miesza się z cukrem na proszek a dodawszy do tego jakiegoś olejku eterycznego,

najlepiéj *Ol. bergamottae*, podaje się w opłatkach lub kapsułkach. Jednorazowa dawka wynosi 0·1—0·5grm. dla dorosłego. Dzienną zaś dawkę 5·0 można całemi tygodniami podawać. Przepis dla dorosłych jest następujący. *Rp. Naphthalini purissimi, Sacch. albi āā 5,0 Ol. Bergamottae 0,03, Mfp. div. in part. aeq. Nr. XX. S.* 5—20 proszków dziennie w opłatkach.

Podobnież można podawać naftalin i w lawatywach, w dawce 1—5grm., używając do roztworzenia go środków lepkich, zawierających ciecz śluzowatą. Srodek ten nie psuje apetytu ani trawienia i mało tylko ludzi oddziaływa po zażyciu doznając odbijania lub wymiotów. W następujących chorobach doświadczał R. skuteczności naftalinu.

1. Zastarzałe nieżyty jelit. Naftalin działa bardzo skutecznie we wszystkich zastarzałych nieżytach jelit cienkich i grubych, jeżeli one nie są skutkiem nieulecznych chorób, np. raka; autor téż zadawał go w takich przypadkach, w których całemi miesiącami a nawet latami trwały uporczywe biegunki, opierające się wszelkiemu leczeniu, a mimo tego skutek był bez wyjątku bardzo pomyślny, bo w stosunkowo bardzo krótkim czasie, najwięcéj 5—15 dniach, były wypróżnienia zupełnie prawidłowe. Na udowodnienie tego przytacza autor jedyny dotąd ogłoszony przypadek Liebiga i 5 przypadków leczonych przez siebie wszystkie z jak najlepszym skutkiem.

2. Używał on także tego środka w ostrych biegunkach, lecz ponieważ największa część ostrych biegunek szybko się leczy, zwłaszcza pod wpływem tak skutecznego w tym razie środka jak makowiec, z jednéj strony trudno jest ocenić skuteczność naftalinu w biegunkach z ostrym przebiegiem, a z drugiéj strony używanie jego jest zupełnie zbytecznėm.

3. Obszerniéj zastanawia się R. nad biegunką z wymiotami u dzieci. Wyniki leczenia téj choroby były bardzo różne, i tak Gotze, asystent Rossbacha, leczył 20 dzieci w wieku od $^1/_2$—3 lat zadając im naftalin w ilości 0·05 do 0·2 z proszkiem salepu co 2 godziny. Wprawdzie przebiegała pewna ilość przypadków pomyślnie, lecz nie w tym stopniu, aby Gotze mógł nabyć pewnego przekonania o skuteczności tego leku, ponieważ biegunki te ustawały najczęściéj dopiero po uregulowaniu dyjety, a jeżeli się temu warunkowi stało zadość, to było rzeczą obojętną, czy użyto do leczenia naftalinu, kalomelu, czy innego jakiego nawet obojętnego środka.

Natomiast w r. 1884 leczył drugi asystent Rossbacha Dr. Schütz wielką liczbę dzieci na ostry nieżyt jelit z bardzo pomyślnym wynikiem. Do tego leczenia wybierano przypadki bez komplikacyj. Dyjetę regulowano w ten sposób, że podawano chorym kleik pszenny lub mączkę dziecięcą, a obok tego wino. Wyniki przy tém leczeniu nie były wcale gorsze niż po kalomelu i nigdy téż nie było potrzeby uciekać się do tego środka porzucając naftalin.

4. Leczenie duru brzusznego wielkiemi dawkami do 5grm. dziennie okazało się również bardzo korzystném. Pewna część chorych już w 5—6 dniach okazywała ciepłotę prawidłową, która się stale utrzymywała mimo tego, że śledziona przez dłuższy czas była powiększoną. Że przebieg ten nie miał miejsca sam przez się, wynika z jednego przypadku, w którym po 14 dniach prawidłowéj ciepłoty wystąpiła gorączka, skoro zaprzestano podawać ten środek.

U jednego znów chorego, który dopiero w 12tym dniu choroby poddał się leczeniu i okazywał bardzo ciężkie objawy, a mianowicie silne zajęcie *sensorium*, ból głowy i gorączkę dochodzącą do 41° a opierającą się zarówno działaniu zimna jak chininu, wystąpiło nagle oddziaływanie na te środki, skoro obok nich podano naftalin. Oba te działania możnaby w ten sposób wytłumaczyć, że naftalin wprawdzie nie jest w stanie znieść gorączki, lecz niszcząc w przewodzie pokarmowym zarodki wytwarzające ją nie dopuszcza dalszego ich wkraczania do ustroju, podczas gdy chinin już w górnéj części przewodu pokarmowego ulega wessaniu a więc w dalszych jego częściach żadnego działania wywrzeć nie może. W kilku wreszcie przypadkach nie uważano żadnego skutku, lecz przypadki te przyjęto już co najmniéj z końcem drugiego tygodnia do szpitala.

5. Wrzody jelit gruźlicze. W téj chorobie najtrudniéj może orzec o skuteczności jakiegoś leku, bo wchodzi i tu w rachubę stan innych narządów i stan ogólny; aby się więc ustrzedz zbyt podmiotowego zapatrywania, trzebaby obserwować bardzo wielką ilość przypadków. O ile jednak ze szczupłego doświadczenia mógł autor coś powiedzieć w tym względzie, to w przypadkach z lekkim przebiegiem, w których stan płuc był na drodze widocznéj poprawy, po używaniu naftalinu przez 14—21 dni osiągał na kilka przynajmniéj miesięcy pozorne wyleczenie; podczas gdy skuteczność makowca w tych przypadkach trwała bardzo krótko. R. nie chce jednak stanowczo rozstrzygać, czy te znaczne polepszenia należy policzyć na karb naftalinu, bo sam natrafiał przy sekcyjach na rozległe owrzodzenia jelit, którym za życia nie towarzyszyły żadne przypady ze strony przewodu pokarmowego. Tyle więc tylko czuje się autor upoważnionym twierdzić, że wobec zupełnéj nieporadności lecznictwa względem gruźlicy jelit, dalsze doświadczenia z naftalinem w téj chorobie są bardzo wskazane.

Jak z powyższych uwag wynika, naftalin jest dobrym środkiem przeciw różnym cierpieniom przewodu pokarmowego i możnaby przypuścić, że równie jak w innych chorobach zakaźnych tak i w cholerze lek ten mógłby się okazać skutecznym, zwłaszcza w biegunkach poprzedzających i w początku pierwszego okresu. Kiedy zaś wystąpią wymioty i biegunka, byłoby trudno wprowadzić do jelit ilość tego środka potrzebną do zupełnéj dezinfekcyi. Próbować wszakże nie zawadzi a sposobność do tego rodzaju doświadczeń nie da może długo na siebie czekać. (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1884, Nr. 42). *Dr. Otto.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja stryjska Tow. lek. gal.

Posiedzenie administracyjno-naukowe dnia 24 stycznia 1885 r.
Obecnych członków 7.

Przewodniczący Dr. Serkowski odczytał pracę pod tytułem: Przegląd nowości lekarskich za rok 1884. Główne punkta téjże były: 1) odkrycie prątków przecinkowych cholerycznych przez Roberta Kocha i sposób sztucznéj hodowli tychże przez Kocha podany. 2) Odkrycie prątków cholerycznych (odmiennych od Kochowskich), przez Emmericha z Monachijum, we krwi, wątrobie, kiszkach cholerycznych i szczepienie tychże na świnki morskie z dodatnim skutkiem. 3) Odkrycie grzybka czyli zaczynnika (*coccus*), zapalenie płuc wywołującego, przez Friedländera. 4) Identyczność grzybka zapalenia płuc z grzybkiem dyfterytycznym sprawdzona przez Aufrechta z Magdeburga. 5) Odkrycie grzybka tyfusowego przez Eberta, stwierdzone przez Weichselbauma i Heinego we krwi tyfusowych. 6) Odkrycie grzybka syfilitycznego przez Lustgartena w kilakach. 7) Odkrycie grzyb-

ka nosacizny przez Löfflera i Schütza. 8) Leczenie cholery za pomocą *enteroclysis* i *hypodermaclysis* podane przez Cantaniego w Neapolu. 9) Leczenie krzywicy czyli choroby angielskiéj za pomocą fosforu, podane przez Kassowitza w Wiedniu. 10) Odkrycie i zastósowanie skutków znieczulających kokainu w okulistyce, w laryngoskopii operacyjnéj, w ginekolologii. 11) Wypompowywanie treści żołądka za pomocą sondy żołądkowéj w bezdrożności jelit, podane przez Kussmaula w Strasburgu. 12) Odkrycie skutecznego działania naftalinu przez Rossbacha z Jeny, zwłaszcza w chronicznych nieżytach jelit. 13) Utworzenie na drodze syntetycznéj antipyrynu przez Knorra i zastósowanie tegoż przez Filehnego do praktyki lekarskiéj ze skutkiem przewyższającym chinin w obniżeniu podwyższonéj ciepłoty.

W dyskusyi wszyscy koledzy brali udział przytaczając przy niektórych punktach własne spostrzeżenia.

Następnie obrano kol. Serkowskiego przewodniczącym Sekcyi na rok bieżący a zarazem delegatem na Walne zgromadzenie, zastępcą przewodniczącego kol. Krzyształowicza. Kol. Dr. Jeż przyjęty został w poczet członków Sekcyi stryjskiéj, a kol. Elektorowicz przeniósł się z Sekcyi lwowskiéj do stryjskiéj.

Wreszcie uchwalono jednogłośnie następujący wniosek kol. Krzyształowicza: ze względu, iż lekarze nie mają żadnego ciała reprezentacyjnego, któreby ich w danym razie wzięło w opiekę prawną przeciw nadużyciom czy to osób prywatnych, czy instytucyj (Spitzer), czy téż niekoleżeńskiemu postępowaniu między lekarzami samymi, Zgromadzenie zechce uchwalić, aby Rada zawiadowcza w imieniu Tow. lek. gal. poczyniła kroki potrzebne celem przyspieszenia utworzenia Izb lekarskich.

Dr. Serkowski.

VI. Maciej Józef Brodowicz.

Rys bijograficzno-historyczny.

Skreślił

Prof. Dr. Józef Oettinger.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6).

Odbywszy chlubnie pięcioletni bieg nauk lekarskich i ogłosiwszy drukiem rozprawę inauguralną pod napisem: *Anatomia et Physiologia dentium humanorum* B. dnia 23 sierpnia 1817 r. otrzymał stopień doktora medycyny. Zaszczyt ten zrazu więcéj go zakłopotał i zasmucił niż uradował, gdyż wyrwał go nagle ze zwykłego a miłego zajęcia i nabawił go troski i niepewności o przyszłość, nie wiedział bowiem co teraz począć? Najchętniéj pozostałby w Wiedniu, ale jak sam zeznaje, nie miał na to środków ani uzasadnionych widoków. Wybawił go z tego kłopotu mistrz jego Hildenbrand ówczesny dyrektor szpitala powszechnego, któremu się zwierzył ze swojém życzeniem, a który niebawem przysłał mu dekret na posadę bezpłatną lekarza pomocniczego (*Secundararzt*) przeznaczając go na oddział liczący 200 chorych, a któremu przewodniczył Dr. Rensy Włoch. Tryb nowego zajęcia, więcéj mechaniczny i uciążliwy niż naukowy i zachęcający, boleśnie go rozczarował, wkrótce atoli, na początku r. 1818, pomyślniejsza zabłysła mu gwiazda, gdy go prof. Raimann, dyrektor kliniki terapeutycznéj dla uczniów lekarskich niższego stopnia, asystentem swoim obrał. Tu znalazł się B. w swoim właściwym żywiole a zaczęło mu się témbardziéj uśmiechać powodzenie, gdy w kilka miesięcy potém po śmierci Hildenbranda razem ze swoim przewodnikiem a tegoż następcą przeniósł się do kliniki lekarskiéj, sposobiącéj przyszłych doktorów. Wrócił więc z radością do tych sal, gdzie sam się uczył i do ulubionéj, jak powiada, łaciny, będącéj wówczas przywilejem przyszłych doktorów, gdy niższego rzędu lekarscy aspiranci pobierali naukę w języku niemieckim. Zmieniły się dziś zapatrywania, a wykład w języku żyjącym a zwłaszcza ojczystym, uchodzi słusznie za przywiléj i prawo droższe, niż nauka w języku martwym.

Cztery lata spędzone na tém stanowisku należały do najważniejszych i zarazem najmilszych w jego życiu, bo były jutrznią jasnéj pogody, jaka losom jego przyświecać miała, były podwaliną jego przyszłego zawodu, przygotowaniem do téj wydatnéj roli, jaka go w kraju czekała. Rajmann dzielił ze swoim asystentem obowiązki nauczycielskie i lekarskie. Drugiemu przypadło w udziale zrazu powtarzanie wykładów profesorskich tak zwanym chirurgom i uzupełnienie ich swojemi, późniéj także odbywanie kursów z medykami, przygotowanie ich do egzaminów ścisłych itp.

Tym sposobem nabył on wprawy i łatwości w posługiwaniu się łaciną, nie klasyczną wprawdzie, ale potoczystą i w ustnym z pamięci wykładzie zwłaszcza przy łożu chorego. Nauczał też z własnych w tym celu ułożonych rękopisów, a z owego czasu pochodzi 9 rozpraw drukiem nieogłoszonych, które w Przeglądzie swoim str. 121 przytacza, tudzież kilka ocen i wiadomości o wyszłych z druku pismach, podanych do ówczesnych roczników lekarskich monarchii austryjackiéj.

W roku 1821 zanim B. z 4-letniéj posady ustąpić był zniewolony, ubiegał się o katedrę kliniczną w Gracu, lecz otrzymał ją mniéj uzdolniony a szczęśliwszy spółzawodnik, za którym oświadczył się wszechwładny wówczas baron Stifft.

Po 12-letnim pobycie w stolicy rakuskiéj w rodaku naszym odezwała się tęsknota do rodzinnych stron, a zanim Wiedeń opuścił, postarał się jeszcze o dyplom magistra okulistyki uzyskany 25 maja r. 1822, nabywszy biegłości w téj sztuce pod słynnym profesorem Beerem. I stanęło znowu przed nim kłopotliwe pytanie: co robić? Znajdował się jak Herkules przed drogą rozstajną: czy pozostać u obcych, czy wrócić do swoich? Łaskawa Opatrzność chciała zużytkować tę nieposlednią siłę dla kraju i skłoniła Brodowicza do powrotu, jakkolwiek wabiono go do Padwy na katedrę, lecz jak mówi, „nie miał ochoty przerabiać się jeszcze na Włocha". Przychodziło mu łatwiéj przerabiać się na powrót na Polaka. Podała do tego sposobność posada lekarza przy nowomianowanym biskupie utworzonéj świeżo dyecezyi tynieckiéj, dzisiejszéj tarnowskiéj. Był nim X. Ziegler, rodem Szwab i benedyktyn, który zjechawszy na miejsce i przekonawszy się dopiero naocznie, że w gruzach zburzonego klasztoru tynieckiego niepodobna stolicy biskupiéj zakładać, przeniósł się naprzód do Bochni a potém do Tarnowa. W ciągu lata 1822 B. pożegnał ukochany Wiedeń mając przed objęciem nowéj posady odwidzić matkę na Podolu. Po drodze zawadził o Kraków o miedzę od Tyńca oddalony. Tu odnowił znajomość z Drem Boduszyńskim, dawniéj profesorem kliniki lekarskiéj a wówczas protomedykiem krakowskim, który namawiał go usilnie, aby tu osiadł i o katedrę się ubiegał. Uśmiechała mu się ta rada, lecz wahał się, bo prócz wspomnianego kolegi nie miał tu znajomych, bo katedra, któréjby pragnął, była obsadzona, bo wreszcie wiązał go świeży stosunek z biskupem Zieglerem.

Ale losy mu przychylne usunęły prędzéj wszystkie przeszkody, aniżeli sam śmiał się spodziewać, głównie przez opróżnienie katedry klinicznéj nagłą śmiercią jéj czerstwego jeszcze piastuna prof. Linharda. Doniósł mu o niéj bez zwłoki Dr. Boduszyński i do spiesznego przyjazdu wzywał.

I szczęśliwém wiedziony natchnieniem postawił B. stopę na ojczystéj ziemi, aby odtąd jéj się wysługiwać, tu swoje

spełnić posłannictwo, tu wreszcie spocząć za życia i po śmierci i tu niespożytą po sobie pamięć zostawić.

Okres II. Zawód publiczny od r. 1823—1850.

Jak każda sprawa, każde zjawisko, tak témbardziéj działalność ludzka, zwłaszcza rozleglejsza, publiczna, dobrze zrozumiana i sprawiedliwie oceniona być jedynie może na tle miejsca i czasu w związku z istotnemi warunkami i stosunkami, śród których się poczęła i rozwijała. Brodowicz przeniosłszy się do Krakowa na inną wstąpił arenę, o wiele szczuplejszą niż wiedeńska i pod wielu innemi względami odmienną, ale w roli samodzielniejszéj, wydatniejszéj, stopniowo coraz szerszéj.

Zapoznajmy się z głównemi zarysami téj nowéj sceny, która na kongresie wiedeńskim r. 1815 otrzymała polityczną formę i nazwę wolnego, niepodległego i ściśle neutralnego miasta Krakowa z okręgiem. Pod tą niby ponętną i szumną nazwą ukrywała się w istocie szydercza ironija, bo ten świeży utwór, że nie powiem potwór, polityczny, nie był nigdy wolnym, tém mniéj niepodległym a już najmniéj neutralnym. Nie był wolny, lecz ciasny jak loch więzienny, w którym ani głowy podnieść, ani ramion wyciągnąć nie było można bez trącenia o twardą zawadę; był na łasce nie jednego pana, lecz trzech opiekuńczych dworów, rządzony nie przez jednego władzcę, lecz przez trzech podrzędnych sług, zwanych rezydentami, których najwyżsi dostojnicy Rzeczypospolitéj słuchać z pokorą musieli stając się niewolnikami rezydentów. W samym pomyśle tkwiła sprzeczność nieprzejednana niedozwalająca go brać na seryjo, za rzecz poważną, prawdziwą w istocie i nazwie, lecz raczéj za dziwactwo, za igraszkę, za zabawkę z oswojonym i trzymanym na łańcuchu lwiątkiem lub orlęciem, które się karmi i chowa, lecz na wolność nie puszcza, a gdy się wyrwą i w niéj żyć pragną, zabija. Rzekome to i przez niektórych sławione dobrodziejstwo było w istocie nowe i bolesne *experimentum in anima vili*, było nową wiwisekcyją, jakiéj badacze dokonywają na żabach, było podwiązaniem serca narodu, aby jeśli nie przerwać całkowicie, to przynajmniéj utrudnić swobodne krążenie i związek z całym ustrojem. Że śród takich stosunków podwiązane ognisko krążenia nie mogło pozostać ani czuć się zdrowe, że niepodobna mu było nawyknąć do nakazanego odosobnienia, że owszem popaść musiało w kurcze, omdlenie i inne chorobowe zboczenia, kogóż to zadziwi? Któż zresztą z tych, co nieco głębiéj w rzecz wnikają, nie przewidział, że taki potwór na kłamstwie i chorobie oparty długiego nie rokuje życia?

Jakoż wszystko skarłowaciało w téj karłowatéj wolniźnie, i ludzie i stosunki; w téj strasznéj ciasnocie nie było miejsca na żaden ruch nie powiem rzutniejszy, śmielszy, ale jako tako swobodny, czy to w zakresie wyższym czy niższym, naukowym czy przemysłowym, politycznym czy ekonomicznym. Wybujały natomiast drobnostkowe zatargi i zawiści, dziecinne swawole i psoty, bo jeden drugiego łokciem trącał, na każdym kroku podglądał i niechcący w domowe skrytości wnikał. Rozpościerał się niczém niepohamowany małomiejski partykularyzm o ciasnym widnokręgu, poświęcający najważniejsze sprawy i względy widokom nader ograniczonym i osobistym.

Panował prawda język ojczysty w urzędzie i szkole, ale w jakich okowach? Wszakże zabroniono mu niemal przyznawać się do siebie samego, tj. do swojego narodowego źródła i powołania, do uprawy w nim najszczytniejszych zadań, lecz zniżono go do podrzędnych potocznych posług. Cenzura w téj wolniźnie gospodarowała po tyrańsku i kreśliła niemiłosiernie słowa niewinne.

Szczęściem, że aż do roku 1831 podwiązanie serca nie było jeszcze tak ścisłe, iżby krążenie uległo zupełnemu zatamowaniu, związek ten z Kongresówką i krajami zabranemi był dość żywy i krzepiący, gdyż tameczne stosunki były pod względem ruchu i swobody pomyślniejsze, bo nie tak ścieśnione i karłowate. Jedna tylko zdobycz była ważna i trwała, tj. usamowolnienie włościan przez zniesienie pańszczyzny, ale i pod tym względem W. ks. poznańskie nie dało się wyprzedzić a w naukowym ruchu po r. 1831 objęło nawet przodownictwo.

Prawda, że w ówczesnym Krakowie życie było tanie, podatki małe, nieznano ciężaru służby wojskowéj, można więc było wygodnie wegietować, paść się i drzemać, ale swobodnie się ruszać, zaspakajać potrzeby wyższego rzędu przychodziło z wielką trudnością, bo nie znajdowało zachęcającéj podniety, lecz owszem napotykało częstokroć nieprzezwyciężone przeszkody.

Cały ten ustrój oparty na warunkach sztucznych a nie naturalnych, bo na zasadach niby swobody, ale krępowanéj, w istocie okazał się machiną na oko ponętną i błyszczącą ale do regularnego ruchu i do spełniania swego idealnego, ze stosunkami rzeczywistemi niezgodnego przeznaczenia nieprzydatną. Utykała też i chromała na każdym kroku. Główne jéj koła i sprężyny, jakiemi były najcelniejsze instytucyje krzypiały, tarły się i zacinały. Sejmy rzadko zwoływano, a na nich marnowano czas płonnemi rozprawami i stronniczemi drobnostkowemi zabiegami. Rada wielka Uniwersytetu ulegając naciskowi zewnętrznéj a opiekuńczéj przemocy tamowana i wstrzymywana nie mogła spełniać swych rozległych atrybucyj. Maluczkość była cechą fizyczną i moralną tego nowoskleconego a raczéj wykrojonego państewka, które nie sięgając po za Chrzanów ze śmieszną powagą małpowało starożytnych Rzymian, kładąc nad mizernie naprawioną bramą zamkową szumny napis: *Senatus populusque cracoviensis.*“ Przypominał on, że zamek królów stał się siedliskiem dziadów, a ich świetna stolica karłowatych republikanów. Wielkiemi jedynie pozostały dawne wspomnienia, lecz krzepić się niemi można było tylko po cichu i skrycie.

Takie Br. zastał stosunki w przyszłéj siedzibie swego zawodu publicznego, gdy się o opróżnioną katedrę ubiegał. Przybył z tém poczuciem pewności siebie, jaką nadaje wykształcenie nabyte w wielkiéj stolicy, w słynnéj szkole, gdzie przy wrodzonych zdolnościach i pilnéj pracy stanęło się na wysokości ówczesnéj nauki, gdzie myśl i wzrok nawykłe do widnokręgu szerszego nie stępiały w ciasnych murach zaścianku, stanął tu wreszcie z wyrobionemi i ugruntowanemi zasadami tak co do nauki jak i charakteru. Z temi przymiotami, nie dziw, że śród maluczkich, ta fizycznie drobna postać, jak Guliwer u Liliputów, odrazu zolbrzymiała, że wpływ jéj i znaczenie naturalną przewagą coraz bardziéj rosły nie znajdując równie dzielnego i silnego odporu.

Wstępnym zaraz bojem zdobył katedrę bez trudu, choć nie bez przeciwników. Dla scharakteryzowania ludzi i stosunków warto opisać to odniesione zwycięztwo.

Pierwszy krok na drodze do zamierzonego celu prowadził do najwyższego dostojnika Rzeczypospolitéj, do Prezesa Senatu Stanisława hr. Wodzickiego, któremu swoje ży-

czenie i nadzieje objawił wyłuszczając powody, które go do nich uprawniały. Odpowiedź była przychylna i zachęcała do ubiegania się i czekania w tym względzie rozpisania publicznego konkursu. Było to w jesieni r. 1822, kiedy właśnie Senat akademicki był poruczył zastępstwo opróżnionéj posady profesorskiéj Drowi Soczyńskiemu, rodowitemu krakowianinowi i skoligaconemu z wielu wpływowemi rodzinami miejscowemi. Parentela ta dla usunięcia niebezpiecznego spółzawodnika zdobyła się na uknuty po cichu wybieg, iż wymogła na Senacie akademickim zaniechanie konkursu w zamiarze polecenia po upływie zimowego półrocza na zasadzie chlubnie spełnionych obowiązków na poruczoném tymczasowém stanowisku wzmiankowanego zastępcy. Brodowicz wyglądał niecierpliwie konkursu, lecz daremnie, nie mogąc go się doczekać zniechęcił się i wyjechał do Bochni, gdzie go wzywał jego obowiązek przy osobie biskupa. W połowie atoli lutego powrócił, by zasięgnąć bliższéj wiadomości. Trafił on właśnie na chwilę, w któréj ukartowany plan miał być na posiedzeniu Rady Wielkiéj Uniwersytetu 15 lutego 1823 przeprowadzony. Ale znalazł się zamach na zamach. Brodowicz oburzony wymierzoną przeciw sobie intrygą udał się znowu do Prezesa Senatu żaląc się na zawód, jaki go spotkał. W odpowiedzi otrzymał polecenie napisania niezwłocznie prośby wprost do Rady Wielkiéj Uniwersytetu, któréj tenże naczelnik Rządu osobiście przewodniczył, o zamieszczenie go na liście kandydatów i złożenia jéj na jego ręce nazajutrz t.j. 15 lutego, kiedy owo fatalne rozstrzygnięcie miało nastąpić.

Tak się też po cichu stało, podczas gdy przeciwnicy ani o przybyciu groźnego spółzawodnika, ani o podaniu nic nie wiedzieli. O 4téj godz. popołudniu na posiedzeniu Rady Wielkiéj, na któréj było obecnych 10 członków a między nimi dwóch profesorów lekarskich: jeden czynny a drugi już emeryt, Prezes Senatu wnosi otrzymaną tegoż dnia prośbę, zyskuje dla niéj od razu większość 7 głosów i wbrew oczekiwaniu zdumionych przeciwników przeprowadza popieranego przez siebie a najlepsze posiadającego kwalifikacyje kandydata. W ten sposób Br. został mianowany profesorem i przewodnikiem kliniki lek., udaremniwszy nie tylko przygotowany podstępny zamach, ale uśmierzywszy zaraz potém kilkunastodniową wrzawę, jaka skutkiem tego niespodzianego zwrotu w mieście powstała.

We wzmiankowaném powyżéj doraźném podaniu z dnia 14 lutego 1822, które mu w ciągu doby upragnioną posadę wyjednało, przypomniał sobie i najwyższéj Władzy uniwersyteckiéj, jako ważny tytuł do osiągnięcia celu, który też na pierwszém miejscu położył, że jest „Polakiem i że posiada dokładnie język narodowy.“ Nie wiele pierwéj o mało, że sam o tém nie wiedział, gdyż w wydanym „Przeglądzie Ogólnym“ wyznaje (str. 112), że „o literaturze polskiéj nie mieliśmy w ogólności żadnego wyobrażenia. Ja dowiedziałem się o niéj dopiero około r. 1819 od przyjaciela........ ztąd poszło, że i ja także czytałem, myślałem, pisałem i drugich wreszcie uczyłem najwięcéj po niemiecku i łacinie i że moja polszczyzna temi elementami na wskroś przesiąkła, nigdy już otrząść się z nich zupełnie nie była w stanie.“

Dnia 3 marca 1823 wprowadzony na katedrę nowy profesor rozwiniętym w obec Wydziału i uczniów w języku łacińskim programem swych przyszłych wykładów i całego trybu nauki klinicznéj czarujące niemal wywarł wrażenie. Młodzież z podziwieniem spoglądała to na mistrza, to po sobie zachwycona niesłyszanemi dotąd poglądami wyrażonemi jasno, dosadnie porządkiem ściśle logicznym i z tą pewnością, jaką nadaje gruntowna znajomość rzeczy i dar płynnéj a dźwięcznéj wymowy. Zdawało się, że jakiś świeży powiew wiosienny napływa do tych stęchłych izdebek klinicznych, że nadeszła chwila błogiego odrodzenia. I nadeszła rzeczywiście, bo Linhard trzymał się był przeżyłych już wówczas zasad Browna nie mogąc wlać w nich nowego życia. Wskazany świeży kierunek wydawał się i szerszy i głębszy i prawie nieomylny a nadewszystko zniewalający urokiem nowości. I znowu z Wiednia jak pierwéj tak potém przychodziło dla kliniki krakowskiéj światło postępu, bo ztamtąd przyniósł je pierwszy jéj przewodnik Badurski, ztamtąd Boduszyński, ztamtąd późniéj Dietl utwierdzając i ustalając naukowe tych dwóch zakładów powinowactwo.

Wtedy atoli młody zwycięzca nie przewidywał, że za lat niespełna trzydzieści śród stosunków wielce zmienionych jego naukowa szkoła taką teraz tchnąca świeżością zwać się będzie starą, i że sam będzie świadkiem, jak na jéj gruzach jego następca, którego sam przeżyje, głosić będzie zasady nowéj z równym skutkiem i tryumfem. (C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 7 bm. pod przewodnictwem z początku Prezydenta miasta Dra Szlachtowskiego a następnie Wiceprezydenta Friedleina posiedzenie zwyczajne, na którém po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego zebrania Fizyk miasta Dr. Buszek uwiadomił o wykonaniu uchwał dawniéj zapadłych a zarazem podał cyfry odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w Krakowie tak w roku ubiegłym jak i w styczniu roku bieżącego. W styczniu najwięcéj pojawiały się choroby dróg oddechowych. Z powodu wścieklizny zgładzono dwa psy już wściekłe i dwa o tę chorobę podejrzane. Rzeczywiście ukąszoną została już przez psa wściekłego tylko jedna osoba, u któréj atoli dotychczas nie wystąpiły skutkiem tego żadne właściwe objawy chorobowe. Z dat odnoszących się do chorobliwości i śmiertelności przekonać się można o pilnéj potrzebie budowy wodociągów, których wpływ nader korzystny pod względem higijenicznym widać bardzo dobrze na wykazach urzędowych miasta Gdańska, gdzie śmiertelność wynosząca dawniéj średnio więcéj niż 36 na 1000 spadła po zaprowadzeniu wodociągów i kanalizacyi na 28$^{1}/_{2}$, a śmiertelność z samego tyfusu brzusznego wynosiła przed zaprowadzeniem przerzeczonych reform sanitarnych blisko 10 na 10000 żyjących, gdy po ich zaprowadzeniu spadła w roku 1883 na 1 na tęż samą ilość ludzi. Proponowany przez Magistrat nowy wzór kart śmierci oddano Drowi Zarewiczowi celem poczynienia w razie potrzeby stósownych wniosków. Sprawę stawów na końcu ulicy Karmelickiéj, przeciw którym mieszkańcy sąsiednich części miasta wnieśli podanie, oddano do zbadania i przedstawienia odpowiednich wniosków Drowi Grabowskiemu. Zgodzono się z rozporządzeniem Magistratu nakazującém na wiosnę roku bieżącego zbadać studnie, ich cembryny i wodę, i wyczyścić je gruntownie, gdzie tego zajdzie potrzeba. Podanie jednego z chemików miejscowych o pozwolenie założenia laboratoryjum chemicznego w celach higijenicznych dało powód do dyskusyi nad potrzebą ustanowienia w Krakowie za przykładem miast innych osobnego chemika miejskiego, przyczém przyjęto wniosek r. m. Dra Domańskiego, aby nie rozstrzygając obecnie wniesionego już podania wybrać osobną podkomisyję celem zastanowienia się nad tą sprawą i przygotowania odpowiedniego wniosku na następne posiedzenie Komisyi sanitarnéj. Do podkomisyi wyznaczono r. m. Dra Domańskiego, Dra Grabowskiego i Dra Buszka. Następnie Dr. Grabowski w imieniu swém i Dra Zarewicza zdał obszernie sprawę z petycyi mieszkańców Kleparza domagających się ze słusznych powodów założenia apteki w tém przedmieściu i wniósł, aby na podstawie tak obowiązują-

cych przepisów jak i rzeczywistéj potrzeby poprzeć podanie mieszkańców Kleparza. Wniosek ten po krótkiéj dyskusyi przyjęto jednomyślnie. Fizyk miasta przedstawił imieniem wyznaczonéj podkomisyi warunki, pod któremi można w domach nowo wybudowanych lub znacznie przerobionych pozwalać na mieszkanie ze względu na szkodliwy wpływ wilgoci. Warunki te przyjęto po krótkiéj dyskusyi w zupełności. R. m. Dr. Domański wniósł, aby ze względu na to, iż wybadanie zmian stanu wody gruntowéj ma dla miasta nader wielką wartość pod względem nie tylko sanitarnym ale i technicznym dla budowy wodociągów, kanałów i domów, wezwać Magistrat, aby w czasie jak najkrótszym przedstawił Komisyi wniosek tyczący się systematycznego badania stanu wody gruntowéj w obrębie miasta Krakowa. Wniosek ten przyjęto równie jak wniosek następny tegoż radcy miejskiego, zmierzający do wyzyskania materyjałów urzędowych Magistratu dla opracowania ważnych kwestyj sanitarnych dotyczących miasta Krakowa.

(K. G.) Przeciwieństwo nerwu spółczulnego a błędnego. Na jedeném z ostatnich posiedzeń Tow. biologicznego w Paryżu Arsonval czytał wyciąg z nieogłoszonéj pracy zmarłego Klaud. Bernarda dotyczącéj przeciwieństwa nerwu spółczulnego i błędnego. Wyniki są następujące: 1) Nerw błędny jest przeciwnikiem nerwu spółczulnego w brzuchu; 2) Nerw błędny odgrywa tę samą rolę wobec trzew brzusznych co *Chorda tympani* wobec gruczołów ślinnych. W pracy téj wykazuje téż Klaud. Bernard fakt, iż w poziomie dwunastnicy ciepłota krwi dochodzi szczytu pod warunkiem jednakże, że mierzymy ciepłotę, gdy zwierzę pości. (*The Lancet*, 1885, I. Nr. 3).

(K. G.) Żółtaczka w skutek wrażeń. W wielu przypadkach zależy żółtaczka bardzo prawdopodobnie od wzruszeń. Murchinson opisał przypadek, w którym żołnierz uwięziony za wywarcie zemsty na drugim nagle dostał żółtaczki. Rendu opisuje przypadek kobiety 25-letniéj, która po przebyciu *Peritonitis puerperalis* dostała żółtaczki w 3 godzin po nieudanéj próbie kateteryzowania pęcherza. Żółte zabarwienie skóry trwało 4 dni a mocz zawierał barwiki żółciowe jeden dzień dłużéj. Nagłe pojawienie i zniknięcie żółtaczki przemawia za nerwowém jéj pochodzeniem, lecz przeciwnie ustępująca *peritonitis puerperalis* nie dozwala sądzić, jakoby przypadek ten był jednym z tych, w których żółtaczka powstaje w skutek wzruszeń. (*The Lancet*, 1885, I, 1).

(K. G.) Para gliceryny. Według doniesienia *Gazette medicale de Nantes* używał Trastour z korzyścią par gliceryny, gdy rozchodziło się o złagodzenie kaszlu zatrważającego lub częstego. Sposób stosowania jest bardzo prosty: 50—60grm. gliceryny ogrzewa się na miseczce porcelanowéj nad lampą spirytusową przez co wywiązuje się znaczna ilość pary, którą cierpiący winien wdechać. Można téż używać gliceryny, w któréj poprzednio rozpuszczono kw. karbolowy. Kaszel suchotników i w skutek zadrażnienia u wielu chorych występujący, nadaje się szczególniéj do prób z tym lekiem. (*The Lancet*).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 25—31 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 63,0. Z odry umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 2 (1 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach krztuśca, 2 duru brzusznego, 2 duru osutkowego, 1 róży. W tygodniu od 18 do 24 stycznia umarło ospy w Londynie 43, leczyło się w szpitalach 1191, świeżo zapadło 312. W Pradze, Bazylei, Liwerpolu, Birminghamie i Petersburgu umarło z ospy po 1, w Bombayu, Madrasie po 2, w Budapeszcie i Odesie po 3, w Paryżu 4, w Rzymie 5, w Wenecyi 6. w Wiedniu i Lizbonie po 9, w Tryjeście 17, w Turynie 20. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Rzymie po 1, w Petersburgu 2, w Kalkucie umarło z cholery (od 1—6 grudnia) 18, w Madrasie (od 30 listopada do 6 grudnia) 12, w Bombayu (od 10—16 grudnia) 2.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 18—24 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 49,8; w Poznaniu 21,8; w Warszawie 33,4; w Wiedniu 30,2; w Budapeszcie 24,5; w Pradze 26,3; w Tryjeście 43,0; w Berlinie 24,3; w Wrocławiu 27,1; w Hamburgu 26,6; w Gdańsku 28,0; w Monachowie 26,2; w Dreźnie 27,5; w Lipsku 25,6; w Bazylei 18,9; w Brukseli 31,0; w Amsterdamie 31,5; w Hadze 22,2; w Paryżu 27,9; w Londynie 23,1; w Kopenhadze 20,8; w Stokholmie 35,8; w Chrystyjanii 26,8; w Petersburgu 31,9: w Odesie 34,8; w Rzymie 26,0; w Wenecyi 41,1; w Bukareszcie 28,1; w Madrycie 40.8; w Lizbonie 30,0; w Aleksandryi 34,8; w Filadelfii 26,5; w Bombayu 28,4; w Madrasie 47,1. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 lutego. Od dni kilku bawi w Krakowie p. Starosta Ottman, i odbył już kilka posiedzeń i narad z profesorami klinicznymi. Równocześnie przybył i delegat Wydziału krajowego p. Dr. Hoszard, spodziewać się więc należy, że sprawa budowy kliniki chirurgicznéj weźmie obrót pomyślny.

* **Wiedeń**. Kwestyja obsadzenia posady prymaryjusza w szpitalu powszechnym ostatecznie rozstrzygniętą została. Posadę otrzymał Dr. Hein, dotychczasowy prymaryjusz w szpitalu Rudolfa, a na ostatnią posadę przeniesiony został Dr. Langer, syn radzcy dworu i prof. anatomii, dotychczasowy kierownik szpitala w Seehshaus.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń**. Dr. Fryderyk Dimmer potwierdzony został przez Ministra Oświecenia jako docent prywatny okulistyki. — **Praga czeska**. Wydział lekarski niemiecki przedstawił na opróżnioną po prof. Halli katedrę kliniki lekarskiéj następujących kandydatów: Proff. Kahlera i Ganghofnera, oraz asystenta prof. Nothnagla w Wiedniu, docenta Dra Jakscha młodszego.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 5: Holzmanna: (z pracowni prof. Dogiela w Kazaniu): O krzepnieniu krwi; Schramma (z kliniki prof. Mikulicza w Krakowie): Wyniki leczenia jodoformem ran łączących się z jamami i otworami ciała (c. d.); W *Medycynie* Nr. 5: Meyersona: O stosowaniu kokainy w laryngologii i rynologii. — W *Medycynie* Nr. 6: Florkiewicza: Trzy przypadki powikłanego przymiotu spóźnionego (*Syphilis tarda*).

Redakcyja otrzymała:

Protokoły zasiedanii dinaburgskago medicinskago obszczestwa za 1883/4 gody. II god izdania. Dinaburg 1885, in 12o str. 152.

L. de WECKER: L'extraction simple, Paris 1885, in 8vo str. 27.

Tenże: Edouard Jaeger, Gand 1885 in 8vo str. 11.

Dr. S. DANIŁŁO (w Petersburgu): Sui solchi arteriosi dell' endocranio nei primati e nei microcefali. (Osobne odbicie z „Arch. di Psichiatria." Vol. V, fasc. IV) in 8vo str. 6.

Piśmiennictwo lekarskie. CANTANI A. Specielle Pathologie und Therapie der Stoffwechselkrankheiten. 4. Bd. A. u. d. T.: Rhachitis und Skorbut. Aus dem Ital. von Fränkel. gr. 8. Leipzig, Denicke. M. 4.—. (1.—4. M. 22.—

— Zur Behandlung des Cholera-Anfalles. A. d. Ital. v. Fränkel. gr. 8. Leipzig, Denicke. M. 4.—(1—4. M. 22.—)

CORNIL. Leçons professées pend. le premier semestre da l'année 1883—84. Av. 25 fig. 8. Paris, Alcan. Fr. 4.

DUJARDIN-BEAUMETZ: Dictionnaire de thérapeutique de matière médicale, de pharmacologie, de toxicol. et des eaux minérales. 8 fasc. av. fig. 4. Paris, Doin. Fr. 5.

FRAENKEL E. Zur Diagnostik u. Therapie gewisser Erkrankungen der mittleren u. unteren Nasenmuscheln. gr. 8. Leipzig, Breitkopf et H. M.—75.

FRIEDLÄNDER C. Microcopische Technik zum Gebr. bei medicin. u. path.-anat. Unters. 2 Aufl. Mit e. Taf. gr. 8. Berlin, Th. Fischer. M. 5.—; geb. M. 6.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 18 bm. o godzinie 6téj wieczór w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Mikulicz poda 1) kilka uwag nad obecnym stanem trądu *(lepra)* w Norwegii i objaśni je okazami fotograficznemi, a następnie 2) mówić będzie o operacyi nowotworów pęcherza moczowego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Do L. 67D

Ogłoszenie konkursu.

Rozpisuje się konkurs na posadę Asystenta lekarskiego przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie na lat dwa, które przy zadowalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.

Do posady Asystenta lekarskiego przywiązana jest płaca 500 złr. rocznie bez żadnego dodatku.

Ubiegający się kandydaci o tę posadę powinni wykazać:

1. Wiek, stan i miejsce urodzenia.
2. Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.
3. Stopień Dra medycyny lub wszech nauk lekarskich, uzyskany na jednéj z Wszechnic Państwa austryjackiego.

Podania wnosić można do dnia 28 lutego rb. na ręce Dyrekcyi Szpitala powszechnego bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Lwów d 7 Lutego 1885.

Z Dyrekcyi kraj. Szpitala powszechnego.

Dr. Głowacki.

L. 38.

KONKURS.

Na posadę lekarza Asystenta oraz zarządcy przy szpitalu powiatowym w Horodence z płacą roczną 400 złr. i pomieszczeniem w budynku zakładu, w którym pielęgnowanie chorych objąć mają służebniczki.

Wymaganemi są studyja nauk wszech lekarskich.—Podania przyjmuje Wydział powiatowy do 25 Lutego 1885.

Z Wydziału powiatowego.

Horodenka dnia 10 Stycznia 1885.

Lenartowicz.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Expedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 21 lutego 1885. № 8. Rok XXIV.

I. O laparotomii w przypadkach przedziurawienia żołądka i jelit.

Wykład wypowiedziany na Zjeździe przyrodników w Magdeburgu przez prof. **Mikulicza**.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

II. Zapalenie otrzewny ropno-posokowate w następstwie przedziurawienia wyrostka robaczkowego. Laparotomija. Śmierć po 5ciu dniach.

Sibik Jan, lat 49 liczący, z zawodu lokaj, żonaty. Nie przebywał żadnych cięższych chorób i prócz nieregularności w oddawaniu stolca czuł się zupełnie zdrów. W dniu 14 grudnia 1883 r. uczuł nagle ból w okolicy biodrowéj prawéj, poprzedzony trzydniowém zaparciem stolca i niepojawieniem się wiatrów. W 2 godziny późniéj dołączyły się wymioty, które powtórzyły się kilkakrotnie. Pierwsze badanie, dokonane przez prof. Rosnera i Dra Buzdygana, wykazało brzuch nieco wzdęty, wypuk na jego przestrzeni bębenkowy z wyjątkiem okolicy biodrowéj prawéj, gdzie wypuk daje odgłos przytłumiony, a obmacanie wskazuje obrzęk, nie zbyt wyraźnie odgraniczony, położeniem swém odpowiadający kiszce ślepéj, przy ucisku bolesny. Podanie oleju rycynowego, kalomelu i następowe zastósowanie lejka Hegara nie poprawiło w niczém stanu chorego. Brak stolca i wiatrów utrzymywał się jak poprzednio, wymioty powtarzały się kilkakrotnie, brzuch stał się więcéj bolesnym. Dnia następnego, tj. 17 grudnia, przewieziono chorego do kliniki chirurgicznéj, gdzie stwierdzono stan następujący: Mężczyzna dobrze zbudowany i odżywiony, twarz blada zimnym potem pokryta. Ciepłota 37·5. Tętno 108, miękkie. W płucach rozedma dość znacznego stopnia, narząd krążenia prawidłowy. Brzuch dość silnie, jednostajnie wzdęty, wypuk na nim bębenkowy z wyjątkiem prawéj okolicy biodrowéj i lędźwiowéj; po przewróceniu chorego na bok lewy stłumienie z miejsc ostatnich przenosi się ku linii środkowéj brzucha. Obmacanie, z powodu znacznéj grubości powłok brzusznych bardzo utrudnione, pozwala przecież wyśledzić nad prawym dołem biodrowym znaczniejszy opór. Bramy przepuklinowe wszystkie wolne, kiszka stolcowa nie przedstawia żadnéj nieprawidłowości. Mocz skąpy nie zawiera białka, chlorki w ilości nieco zmniejszonéj. Po głębokiém uśpieniu chorego powtórzono badanie nie z lepszym jednak rezultatem. W prawym dole biodrowym dał się wymacać i tym razem obrzęk rozlany, postacią odpowiadający rozdętéj kiszce, sięgający aż ku wątrobie. Celem osiągnięcia pewniejszego wyniku użyto metody Simona, przyczem zwieracz rzyci uległ rozdarciu w całéj swojéj długości. Prócz stwierdzenia, iż odbytnica jest zupełnie próżna, badanie nie przyczyniło się bynajmniéj do ocenienia stosunków części głębiéj w jamie brzusznéj położonych. Proff. Rosner i Korczyński byli łaskawi również poddać chorego jak najdokładniejszemu badaniu i brali udział w rozpoznaniu choroby, mimo to jednak rozpoznanie stanowcze, niewątpliwe okazało się niepodobném, wahało się ono między inwaginacyją a perityphlitis, przeważnie jednak skłaniało się do pierwszego cierpienia.

Bezpośrednio po wspólném badaniu i z wyniku wspólnéj narady zastósowano lejek Hegara i drażnienie kilkakrotne jelit prądem elektrycznym. Wieczorem ciepłota 38·1, tętno 120, noc bezsenna, parokrotne wymioty.

18/12 Stan tensam. Mimo wtłoczenia 3 litrów wody lejkiem Hegara ani śladu kału w odpływającéj cieczy, do czego wprawdzie znaczne rozdarcie zwieracza i natychmiastowy odpływ znacznéj części wprowadzonéj wody mógł się przyczynić. Ciepłota 38·0, tętno 112. Brzuch więcéj rozdęty i boleśniejszy. Wieczorem po powtórném zastósowaniu lejka odeszło kilka kawałeczków zbitego kalu. Ciepłota wieczorna 38·2, tętno 112. Noc przebył chory bezsennie.

19/12 Stan prawie niezmieniony, chory jednak więcéj osłabiony z powodu wymiotów występujących po spożyciu najmniejszéj ilości podawanych mu potraw. Po wprowadzeniu

wody lejkiem Hegara odeszło znów nieco kału i wiatrów bezwonnych (zapewne wtłoczone powietrze). Wieczorem ciepłota 38·1. Tętno 116 miękkie.

Gdy przeto stan chorego, mimo leczenia powyższego, nie poprawiał się i wszelkie prawdopodobieństwo przemawiało za istnieniem niedrożności jelita, zadecydowano na wspólnéj naradzie otworzyć jamę brzuszną i odszukać przyczynę niedrożności. Chory zgodził się na operacyję i wieczorem o godzinie 9téj przystąpiłem do laparotomii śród wszystkich zwykłych ostrożności przeciwgnilnych.

Poprowadziwszy cięcie nieco poniżéj pępka w linii środkowéj, ku spojeniu łonowemu 15 cm. długie, otworzyłem jamę otrzewny, z któréj wypłynął przeszło litr cieczy posokowatéj, mocno kałem cuchnącéj. Pętle jelita silnie zaczerwienione pozlepiane były ze sobą wypociną włóknikową. Wprowadziwszy rękę do jamy brzusznéj posunąłem się ku kiszce ślepéj i wzdłuż kiszki grubéj ku wątrobie, oprócz wspomnianych zlepów jednak, które po części rozdzieliłem, nie napotkałem żadnéj przeszkody w drożności jelita. Wymaczawszy tedy gąbkami cuchnącą wypocinę, o ile się to dało, jak najdokładniéj i oczyściwszy starannie jamę brzuszną, zamknąłem ranę 3 szwami płytkowemi, 5 głębokiemi z jedwabiu i szwem kuśnierskim, co wszystko wraz z poprzedniemi aktami operacyi wypełniło $1\frac{1}{2}$ godziny czasu. Po założeniu opatrunku z gazy jodoformowéj i waty przy zastósowaniu dość mocnego ucisku odniesiono chorego mocno osłabionego na salę, wstawiono ciepłe kamionki w nogi i podano mu szampana. W nocy prócz kilkorazowych wymiotów chory oddał pod siebie sporą ilość miękkiego, zielonawego, bardzo cuchnącego kału.

20/12 Ciepłota 37·8. Tętno 112 silniejsze aniżeli przed operacyją. Brzuch miernie wzdęty, ale bolesny przy dotyku. Wymioty po każdorazowém spożyciu jakiegokolwiek napoju. Stolec odchodzi ciągle mimowiednie. Wieczorem ciepłota 38·2. Tętno 120. Noc bezsenna.

21/12 Stan ten sam. Ciepłota ranna 38·0. Tętno 116, wieczorem ciepłota 38·3. Tętno 120. Noc spędził chory bezsennie, niespokojnie.

22/12 Znaczne osłabienie, przedewszystkiém dokucza choremu silna duszność. Ciepłota 37·1, tętno 120. Stolec odchodzi ciągle. W południe nagle zwiększyła się duszność i chory omdlał śród objawów obrzęku płuc. Po zastrzyknięciu eteru (3 gramy) i zastósowaniu gorczyczników na klatkę piersiową przyszedł nieco do siebie. Badanie wykazuje w płucach obfite rzężenia grubobańkowe, brzuch mocno bolesny, rana sama wygląda dość prawidłowo, tylko brzegi jéj napięte i zaczerwienione. Przecięto szwy głębokie. Wieczorem ciepłota 37·0, tętno 140.

23/12. Chory bezprzytomny, z ust wypływa ciecz śliniasta, spieniona, w płucach bardzo obfite rzężenia. Sinica bardzo znaczna. Ciepłota 36·5, tętno 150, ledwo wymacać się dające. Stan taki utrzymywał się już do śmierci, zapad zwiększał się mimo podawania wszelkich środków podniecających i chory zakończył życie dnia 24/12 o godzinie 8 wieczorem, zatém prawie w 5 dni po operacyi.

Z protokółu sekcyi robionéj w obecności prof. Browicza podnoszę ważniejsze daty: Obrzęk płuc. Rozległe zapalenie oskrzeli ropne, dolne części płuc przekrwione, a w skutek wysokiego ustawienia przepony silnie uciśnięte, miejscami niedodmowe. Rozpoczynające się zapalenie opłucny. Ogólne zap. otrzewny włóknikowo-ropne z rozległemi zlepami i licznemi ogniskami ropnemi, otorbionemi. Jedynie okolica żołądka, śledziony i górnych części sieci pozostały wolne od objawów zapalnych. Najsilniejsze piętno zapalenia noszą jelito ślepe i dolna część jelita biodrowego, jakotéż ich najbliższe otoczenie. Wyrostek robaczkowy skręcony i zlepiony z środkową częścią jelita ślepego, okazuje liczne małe otworki prowadzące do jego wnętrza. Błona śluzowa żołądka i jelit prócz przewlekłego nieżytu nie przedstawia innych zmian, tylko błona śluzowa wyrostka robaczkowego uległa całkowitemu zniszczeniu w skutek owrzodzenia. Brzegi rany brzusznéj spojone tylko powierzchownie, ku jamie brzusznéj odstają od siebie i nasiąknięte są naciekiem ropnym.

Przypadek opisany mało budzi ciekawości pod względem anatomiczno-patologicznym. Ropne zap. otrzewny po wrzodzie przedziurawiającym wyrostek robaczkowy stanowi zwyczajny typowy obraz, napotykany na stole sekcyjnym. Większéj wagi natomiast były dla nas trudności rozpoznawcze, dla których wykluczenie wgłobienia jelita nietylko stanowiło nie mały szkopuł, lecz co więcéj wzgląd na nagle iście przystąpienie objawów zagłoby u człowieka przed kilku dniami jeszcze całkiem zdrowego i obecność kiszkowatego obrzęku odpowiadającego okrężnicy wstępującéj przemawiały nam więcéj za inwaginacyją jelita cienkiego w poprzeczne niż za *Perityphlitis*. Ten wzgląd skłonił mnie téż do wykonania laparotomii.

Bardzo pouczającym zaś był ten przypadek dla mnie pod względem chirurgicznym. Gdy po otwarciu jamy otrzewny znalazłem wypocinę ropno-posokowatą, nie rokowałem choremu długich chwil życia i miałem to przekonanie, że wobec istniejącego zapadu przeżyje zaledwo parę godzin po operacyi. Z tych przyczyn, gdy przypuszczana inwaginacyja nie potwierdziła się bynajmniéj, zaniechałem dalszego śledzenia przyczyny zap. otrzewny. Tymczasem ku mojemu zdziwieniu stan chorego w najbliższych dwóch dniach nietylko nie uległ pogorszeniu, lecz nawet wskazywał lekkie, wprawdzie tylko przemijające polepszenie. Niewątpliwie usunięcie wypociny posokowatéj wywołało ten pomyślny wpływ. Dopiero od dnia trzeciego, gdy ilość wypociny widocznie na nowo wezbrała, wzmagały się i objawy aż do samego kresu życia. Śledząc daléj za przyczyną zap. otrzewny, badając dokładnie okolicę jelita ślepego nietylko ręką lecz i przy pomocy wzroku, nie byłbym przeoczył z pewnością przedziurawionego wyrostka robaczkowego, a mam z drugiéj strony to przekonanie, że wycinając go zupełnie i zamykając otwór w jelicie ślepém za pomocą szwu, byłbym wpłynął na zwolnienie objawów zapalenia otrzewny i może w ten sposób uratował chorego.

Rozważanie tego przypadku skłoniło mnie nie ograniczać się w podobnych razach na przyszłość tylko do wydalenia wypociny, lecz szukać pilnie otworu przedziurawienia i takowy szwami połączyć. Nie daléj jak w kilka miesięcy miałem sposobność spróbować wytkniętéj sobie drogi i doznałem prawdziwego zadowolenia, gdy w ten sposób ocaliłem chorego.

III. Zapalenie otrzewny ropno-posokowate po przedziurawieniu jelita cienkiego prawdopodobnie w skutek wrzodu durowego. Laparotomija i zeszycie jelita. Wyleczenie.

F. S, lat 40, żonaty, wolarz, podaje, iż do chwili ostatniéj choroby cieszył się wybornem zdrowiem, a nawet w dzień zachorowania, czując się zupełnie zdrowym, oddawał się zwyczajnéj pracy. Wieczorem tegoż dnia, t. j. 4 kwietnia 1884 zaskoczony śród spółkowania kołataniem do drzwi,

zerwał się szybko z łóżka i w téjże chwili uczuł dotkliwy ból w brzuchu. W ciągu nocy ból wzmagał się statecznie, a nadto wystąpiły po dwakroć wymioty. Nazajutrz wymioty powtórzyły się kilkakrotnie, ból w brzuchu i lekka bębnica utrzymywała się trwale, podczas gdy stolec i wiatry stale były zaparte. Dnia trzeciego choroby, gdy mimo użytych środków (ciepłe okłady, środki przeczyszczające, lawatywy) objawy nie ustępowały, lecz przeciwnie coraz więcéj potęgowały się, przewieziono chorego do kliniki chirurgicznéj. W dniu 7 kwietnia, w 60 godzin od chwili pojawienia się pierwszych bólów, stwierdzono u chorego silnie zbudowanego i dobrze odżywionego stan następujący: Ciepłota 37·4. Tętno 96; twarz blada, zapadła, napiętnowana wyrazem trwogi. Język suchy, z ust daje się czuć silne cuchnienie, narząd oddechania i krążenia w stanie prawidłowym. Brzuch silnie wzdęty, przy dotyku bolesny, okazuje powyżéj więzu Pouparta w okolicy prawéj pachwiny przepuklinę wolną małego stopnia, któréj brama w czasie obmacania nie więcéj od innych miejsc brzucha bolesna. W okolicach bocznych po obu stronach brzucha wypuk daje odgłos stłumiony; przy ułożeniu chorego na bok prawy stłumienie strony lewéj znika zupełnie, przy zmianie zaś położenia na bok lewy stłumienie prawostronne ustępuje tylko częściowo, zajmując w tym razie całą stronę lewą aż prawie do linii środkowéj. Badanie przez odbytnicę nie wykazuje nic szczególniejszego. Rozpoznanie choroby rozstrząsanéj z łaskawym współudziałem prof. Korczyńskiego opiewało: Zapalenie otrzewny surowiczo-ropne, niedrożność jelita prawdopodobnie w następstwie uwięźnienia wewnętrznego lub zwęźlenia jelita.

W ciągu dnia stosowano energicznie wtłaczanie wody przez odbytnicę jednak bez skutku, nadto otrzymał chory wewnętrznie opium i ciepłe okłady na brzuch. Wieczorem ciepłota 37·8. Tętno 100, jednorazowe wymiotowanie cieczą żółcią zabarwioną, niecuchnącą, brzuch więcéj wzdęty i boleśniejszy przy dotknięciu.

Wobec nieskuteczności użytych środków z jednéj a widocznego pogorszenia stanu chorego z drugiéj strony skłoniłem się o godzinie 9 wieczorem, a więc prawie w 72 godzin od chwili rozpoczęcia się choroby, do wykonania laparotomii w tém przekonaniu, że uda mi się usunąć mechaniczną przeszkodę w drożności jelita.

Cięcie w linii środkowéj 15cm. długie od spojenia łonowego aż w okolicę pępka otworzyło przystęp do jamy brzusznéj, z któréj, po otwarciu otrzewny, wypłynął blisko litr cuchnącéj ropy. Dostępne dla oka pętle jelita silnie zaczerwienione, gdzieniegdzie ze sobą pozlepiane, miejscami pokryte wypociną włóknikową. Wprowadziwszy rękę do jamy brzusznéj, aby wyczerpać z głębi ropę, zmięszaną z strzępami włóknika, uczułem między palcami ciało twardsze, wielkości fasoli, w którém po bliższém obejrzeniu rozpoznano kawałek niestrawionego ziemniaka; po dalszém wydaleniu ropy znalazło się jeszcze kilka podobnych cząstek ziemniaków. Nie ulegało wątpliwości, że miałem przed sobą przypadek przedziurawienia jelita i istotnie po krótkiém szukaniu znalazłem otwór w pętli jelita cienkiego ułożonéj powyżéj talerza kości biodrowéj, 6cm długi., 4cm. szeroki, ciągnący się swą długą osią w kierunku jelita, a usadowiony tuż naprzeciw punktu przyczepienia krezki. Brzegi jego dosyć ostre, błona śluzowa niewywinięta, najbliższe otoczenie silniéj zaczerwienione niżli reszta jelita, zresztą w sąsiedztwie żadnych zmian zasługujących na wzmiankę, prócz gruczołów krezkowych obrzmiałych do wielkości fasoli i orzecha laskowego, konsystencyi miękkiéj, elastycznéj. Z głębi otworu dobywała się treść płynna, gęsta, biało-żółtawo zabarwiona, któréj odpływ przerwano przez wyciągnięcie pętli i zaciśnięcie brzegów otworu za pomocą palców asystującego mi lekarza. Po należytém spłukaniu pętli 5% rozczynem kw. karbolowego wyciąłem całe otoczenie miejsca przedziurawionego w kształcie elipsy, przebiegającéj w kierunku jelita, a tak powstały ubytek w ścianach mający długości 20mm., szerokości zaś 15mm., złączyłem za pomocą 12 szwów jedwabnych. Z powodu spojenia brzegów w kierunku podłużnym wytworzyło się niemałe zwężenie światła jelita w rzeczonem miejscu, które jednak, jak się natychmiast przekonałem, już przy delikatném głaskaniu jelita, przepuszczało bez wszelkich trudności treść powyżéj nagromadzoną. Oczyściwszy jamę brzuszną jak najstaranniéj za pomocą gąbek, zamknąłem ranę 4ma szwami płytkowemi, 6ma głębokiemi i jednym szeregiem szwów jedwabnych powierzchownych i założyłem opatrunek uciskający cały brzuch.

Po ocknięciu się z narkozy chory mocno niespokojny skarżył się na bóle w brzuchu, po użyciu jednak wewnętrznem 12 kropel *Trae opii* i zastrzyknięciu podskórném 2cgr. morfinu przepędził noc spokojnie.

8 kwietnia ciepłota ranna 37·8, tętno 96 dosyć silne. Brzuch mniéj wzdęty, nie mniéj jednak bolesny jak dnia poprzedniego, stolec i wiatry nie pojawiły się dotąd, lecz brak również i wymiotów. Chory otrzymuje lód i mleko zimne za napój. Wieczorem ciepłota 38·2, tętno 100. Noc po zastrzyknięciu morfinu spędził spokojnie.

9 kwietnia ciepłota 38·0, tętno 96 silne. Brzuch nieco mniéj bolesny, stolec jednak i wiatry dotąd zaparte. Jednorazowe wymioty. Wieczorem ciepłota 38·4, tętno 108. Podano morfin podskórnie.

10 kwietnia ciepłota 38·2, tętno 100. Chory skarży się na dokuczliwe bóle w ranie. Po zdjęciu opatrunku daje się widzieć w otoczeniu rany silne obrzmienie i zaczerwienienie a oprócz tego brzegi skórne na przestrzeni kilku milimetrów uległy nekrozie. Po usunięciu kilku głębokich szwów rozstąpiła się część rany na wskróś, przyczém wypłynęło z jamy brzusznéj około 200cm.sz. cuchnącéj ropy. W roztwartą ranę wprowadzono sączek grubości palca a wraz z nim pasek gazy jodoformowéj, poczém odnowiono opatrunek wyż podany. Ciepłota wieczorem 38, tętno 96. Brzuch mniéj bolesny.

11 kwietnia ciepłota 38·2, tętno 102 silne. Przy zmianie opatrunku okazują brzegi rany miejscami obumarcie w szerokości 2—3cm., z rany sączy się cuchnąca ropa. Większa część szwów przecięła skórę i pod nią położone części miękkie, i dla tych powodów została usunięta. Po dokładném oczyszczeniu rany występuje w głębi pętla jelita cienkiego, leżąca wzdłuż w kierunku linii białéj. Ranę wypełniono gazą jodoformową i ściągnięto za pomocą przylepca. Wieczorem po raz pierwszy obfite wypróżnienia stolcowe silnie cuchnące.

15 kwietnia ciepłota waha się między 37·4 a 37·3, tętno między 96 a 100. Obumarłe brzegi oddzieliły się już w zupełności, przez co powstała 8cm. długa a 2—4cm. szeroka rana, któréj dno stanowi wzmiankowana pętla jelita cienkiego. Pokryta żywo czerwoną ziarniną i ściśle z przylegającemi powłokami brzusznemi zlepiona, zamyka ona w zupełności od zewnątrz jamę otrzewny. Wejrzenie jéj zresztą całkiem prawidłowe, a związek z zeszytą częścią

jelita mniéj niż prawdopodobny. Podmiotowy stan chorego zadawalający, łaknienie znaczne, stolec regularny, codzienny.

20 kwietnia stan ogólny chorego całkiem pomyślny, brzuch nie okazuje bynajmniéj wzdęcia i nie zdradza bolesności; rana piękną, czystą ziarniną wyścielona, i pętla jelita leżąca w ranie pokryta ziarniną lecz wyraźnie odgraniczona. Za pomocą 2 szwów następowych szerokie pole ranne obejmujących, zbliżono brzegi skóry, przez co w części okryto pętlę jelita.

1 maja stan chorego nie mniéj zadawalający, czynności jelita zupełnie prawidłowe. Rana brodawkująca zmniejszyła się do połowy pierwotnéj swéj wielkości, pętla jelita zawsze jednak wyraźnie zarysowana na tle otaczającéj ją ziarniny. Zastosowano szew suchy za pośrednictwem kolodionu, celem znaczniejszego wzajemnego zbliżenia brzegów skórnych.

Odtąd zmniejszenie i zabliźnianie się rany postępowało nader leniwo, mimo częstego przyżegania kamieniem piekielnym, tak że jeszcze w d. 12 czerwca, gdy chory wstał z łóżka, a więc przeszło w 9 tygodni po operacyi, utrzymywała się powierzchnia ziarninowata wielkości talara, w któréj rozróżnić można było część odsłoniętego jelita. Na tém nie cierpiał jednak bynajmniéj stan ogólny naszego chorego; przy dobrym apetycie i niezgorszém odżywianiu tusza jego robiła z dniem każdym znakomite postępy. Ze strony jelit żadnych objawów chorobowych, któreby zwłaszcza do zwężenia odnieść się dały, chwilowo tylko doznawał chory przemijającego bólu w okolicy żołądka. W 11 tygodni po operacyi, w d. 24 czerwca, opuścił chory świetnie odżywiony klinikę chirurgiczną, zabliźnienie zaś ostateczne rany nastąpiło dopiero z początkiem lipca. W następnych miesiącach widywałem kilkakrotnie chorego, po raz ostatni z początkiem września ubiegłego roku. Prócz rozległéj blizny promienistéj w linii środkowéj brzucha nie znaleziono żadnéj nieprawidłowości. Chory oddaje się równie jak przedtém ciężkiéj pracy (jako wolarz), a choć nie zmienił w niczém warunków życia, nie doznaje przecież żadnych dolegliwości [1]).

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Skreślił Prof. Dr. Blumenstok.

XIV.

Obrażenie głowy. Śmierć. Związek przyczynowy.

Oleksa D., wyrobnik, lat 25 liczący, bawił d. 29 listopada o godzinie 6téj wieczór w karczmie, gdzie nieco podpity wyprawiał krzyki, tak że na zlecenie obecnego na miejscu wójta wyprowadzony został na dwór, gdzie nazajutrz o godzinie 8méj rano znaleziono go nieżywego.

Sekcyja sądowa odbyta d. 1 grudnia wykazała co następuje:

I. Zwłoki mężczyzny wzrostu słusznego, na 38 lat wyglądającego, dobrze zbudowanego i odżywionego, głowa czarnym długim włosem pokryta, wąs czarny jest ostrzyżony, broda golona, twarz ściągła, na nosie ściągłym nieco obrzmiałym znajdujemy na lewém skrzydle zdrapanie przyskórka wielkości ziarnka grochu, jako też po prawéj stronie na czole siniec fijoletowo-różowawy wielkości centa. Włosy na lewéj stronie głowy krwią zabarwione; po obstrzyżeniu ich na głowie znajdujemy na lewéj stronie tyłogłowia ranę lekko owalną, poziomo ułożoną, 8 cm. długą, któréjto rany strona wypukła jest zwróconą do szyi, wklęsła zaś do szczytu głowy, brzegi téj rany skórnéj są ostre, gładkie, do siebie przystające, lekko jednak rozwarte, płat górny jest półkulisto podminowany na jakich 3 cm. Rana ta skórna do tkanki łącznéj podskórnéj sięgająca, przyczém na czaszce ani okostna ani kość nie jest nadwerężona. Znajdujemy jednak wynaczynienie krwi do tkanki łącznéj nad kością skroniową i tyłogłowową w okolicy ucha lewego, jakoteż pomniejsze gniazda wynaczynień krwi w tkance łącznéj nad czołem, nad prawą boczną kością czaszkową i nad kością tyłogłowową po stronie prawéj. Po przepiłowaniu czaszki znajdujemy czaszkę nieobrażoną, tj. żadnéj rysy i pęknięcia. Na oponie twardéj wynaczynienie krwi po stronie lewéj odpowiadające ranie znalezionéj na głowie. Opona miękka jako i miąższ mózgu i naczynia tychże silnie krwią nastrzykane, tak że przy cięciach miąższu mózgu krew z naczyń kroplami występuje. Na podstawie czaszki po lewéj stronie w okolicy ucha lewego znajdujemy znaczniejszą ilość krwi czarnéj w ilości 50 grm. wolno wylanéj.

II. Ręka lewa jest krwią zwalana, szczególnie dłoń téjże, przyczém na ręce nie znajdujemy żadnych obrażeń.

III. Po obejrzeniu całego ciała różowawo zabarwionego nie znajdujemy żadnych znaków jakichkolwiek obrażeń cielesnych.

IV. Po otwarciu klatki piersiowéj płuca wolne, żadnych zmian chorobowych.

V. Osierdzie prawidłowe, serce jędrne, nieco tłuszczem obrosłe, w prawéj komórce znaczniejsza ilość krwi płynnéj wiśniowo zabarwionéj, w lewéj komórce mniejsza ilość krwi także wiśniowo zabarwionéj, zresztą bez zmian chorobowych.

VI. Zresztą przy obejrzeniu tak jelit jak wątroby, śledziony, nerek, pęcherza, nie znajdujemy żadnych zmian chorobowych.

Na podstawie tego wyniku sekcyi pp. obducenci wydali następujące orzeczenie:

I. „Na podstawie oględzin orzekamy: że rana na głowie znaleziona zadaną została narzędziem twardém dość ostro kantowatém, niezaopatrzoném jednak w ostrze, jak z obrazu rany wynika, gdyż tylko skóra jest przeciętą, przyczém górny płat rany jest od czaszki, a raczéj od tkanek łącznych podskórnych odstający, przeto ta rana mogła być zadaną kamieniem najprawdopodobniéj lub cegłą o dość ostrym kancie a nie nożem, siekierą lub podobném narzędziem, przyczémby nie tylko skóra ale i tkanka łączna podskórna, okostna a nawet kość nadciętą została.

II. Rana ta zadaną została przez drugą osobę znajdującą się z lewéj strony i od tyłu.

III. Z powodu tego uderzenia w głowę, przyczém opisana rana skórna wywołaną została z użyciem przy tém znacznéj siły, nastąpiło wstrząśnienie mózgu, przerwanie naczyń krwionośnych, tak na czaszce jak i wewnątrz czaszki i miąższu mózgu, szczególnie strony obrażonéj i wynaczynienie krwi w mózgu, jak to w oględzinach podano.

IV. Wynaczynienie krwi w mózgu było powodem porażenia czynności nerwowych i śmierci.

V. Po otwarciu żołądka sprawdziliśmy stósownie do wydzielającego się odoru alkoholicznego, że denat przed śmiercią spożył pewną dozę płynu alkoholicznego, z powodu czego naczynia krwionośne mózgu były znacznie krwią na-

[1]) W grudniu 1884 roku, przeto w 8 miesięcy po operacyi, chory odwiedził mnie powtórnie zadowolony najzupełniéjze stanu swego zdrowia; badając go stwierdziłem, że blizna wyraźnie zmiękła i nabrała nieco ruchomości.

strzykane, tj. było przekrwienie ogólne mózgu, z czego wnioskujemy jakotéż i z płynności krwi w komórce lewéj serca, że denat przed śmiercią znajdował się prawdopodobnie w stanie odurzenia alkoholicznego.

VI. Ponieważ tylko jednę ranę w głowie znaleźliśmy a zresztą na ciele żadnych innych obrażeń cielesnych z wyjątkiem sińca na nosie i czole, które prawdopodobnie przy upadnięciu na ziemię i otarciu się o tam znajdujące się przedmioty twarde, jak kamienie, po otrzymaném uderzeniu wywołane zostały, przeto z największém prawdopodobieństwem orzekamy, że powyższe obrażenie na głowie przez jednę osobę od tyłu i nieco lewéj strony denata zadane zostało.“

Gdy w ciągu śledztwa okazało się, że denat uderzony został w głowę opułkiem (kołem), przedstawiono ten wynik pp. obducentom i zażądano od nich ponownego orzeczenia, które opiewało:

Podane uderzenie kantem opułka w głowę i wywołanie tymże opisanéj rany na głowie jest prawdopodobném, gdyż obraz rany czyli kształt téjże z kantem opułka zgadza się, gdyż jak wyżéj opisaliśmy rana na tyłogłowiu ma ten kształt, który i zgadza się z kantem opułka, jeżeli ten był na końcu równoobciętym, przeto podanie to co do jednorazowego uderzenia jest prawdopodobném, kilkorazowe uderzenia opułkiem w głowę o tyle mogły być możebne, jeżeli takowe z wyjątkiem tego razu, który opisaną ranę zadał, były zadane stroną płaską i z mniejszą siłą, gdyż znaleźliśmy tylko sińce na głowie, które mogą pochodzić od uderzenia płaską stroną opułka.

Sąd pociągnął do odpowiedzialności owych dwóch wieśniaków, którzy Oleksę W. z karczmy wyprowadzili; przy rozprawie ostatecznéj, odbytéj przeciw nim przed Sądem zwykłym o ciężkie uszkodzenie cielesne, pokazało się, że sprawcą pobicia był wyłącznie jeden z nich, Jakim D.; z tego powodu rozprawę odroczono, Jakima D. oskarżono o zabójstwo i sprawę przekazano trybunałowi przysięgłych. Poprzednio jednak dla pewności zażądano orzeczenia Wydziału lek. co do przyczyny śmierci Oleksy D.

Orzeczenie to w obec licznych niedokładności protokółu sekcyjnego musiało opiewać jak następuje:

1) Przedewszystkiém zwraca się uwagę świetnego Sądu, że protokół sekcyjny spisany został niedokładnie i z pominięciem przepisów obowiązujących. Dlatego zachodzi potrzeba żądania od pp. obducentów pewnych wyjaśnień a mianowicie:

a) Jaka była ilość krwi znalezionéj na oponie twardéj?

b) Czy krew ta była ścięta?

c) Czy pod nią mózgowie było spłaszczone?

d) Czy krew na podstawie czaszki znaleziona była ścięta?

2) Jeżeli pp. obducenci podadzą, że w istocie znaleźli wynaczynioną krew ściętą pomiędzy czaszką a oponą twardą, wtedy nie będzie ulegać wątpliwości, że śmierć Oleksy D. była następstwem porażenia mózgu, wywołanego przez wynaczynienie krwi za życia do jamy czaszkowéj.

3) W takim razie związek przyczynowy pomiędzy śmiercią Oleksy D. a raną znalezioną na powłokach czaszki jego również nie będzie ulegać wątpliwości.

4) Natomiast stanowczo orzec można, że jedno uderzenie było zupełnie dostateczném do wywołania rany głowowéj.

Podałem przypadek powyższy jako wzór, jako spraw ważnych sądowolekarskich traktować nie należy. Protokół sekcyjny nietylko nie uwzględnia rozporządzenia z d. 28 stycznia 1855, dotąd obowiązującego, ale zestawienie spostrzeżeń czynionych na trupie nie trzyma się żadnego porządku. W każdém państwie cywilizowaném obowiązują t. zw. regulaminy, przepisujące szczegółowo, jak znawcy mają postępować. Wspomnione rozporządzenie austryjackie jest zanadto szczegółowe i dlatego niepodobna żądać, aby znawca przystępujący do sekcyi sądowéj nie zboczył na włos od przepisów w niém zawartych. Ale ztąd do zupełnéj nieznajomości i pomijania systematycznego całéj treści onego bardzo daleko, a jednak wiemy z doświadczenia, że mało który ze znawców z rozporządzeniem tém jest obznajomiony. Nie znają go niestety i sędziowie, i dlatego nie zaczepiają ważności protokółu. Ale spodziewaćby się należało, że lekarz sądowy, nie stósujący się do przepisów regulaminu, podyktuje przynajmniéj protokół według modły, którą poznał w szkole, a przynajmniéj powinien był poznać. Tymczasem uczy doświadczenie, że niektórzy układają sobie własny porządek albo lubują się w miłym nieporządku. Ztąd to pochodzi, że obducent zamieszcza w protokóle rzeczy żadnéj wagi nie mające a zapomina o szczegółach, które dla śledztwa mają największą doniosłość. W trudném położeniu znajduje się Wydział lekarski, mający na podstawie takiego protokółu wydać orzeczenie swoje i wyjaśnić Sądowi pewne wątpliwości; położenie to jest tém trudniejsze, o ile dla Sądu tylko orzeczenie pierwszych znawców nasunęło owe wątpliwości, z powodu swéj niejasności, wynikłéj głównie z niefortunnéj stylizacyi; dobroci protokółu samego zaś wcale nie podejrzywał i dlatego nie wątpił, że na jego podstawie uzyska od Wydziału zdanie jasne i stanowcze. Już więc dla wytłumaczenia siebie samego Wydział musiał zwrócić uwagę Sądu na to, że i protokół, owa główna podstawa wszelkiéj czynności sądowolekarskiéj, jest tak lichym, że na nim sądu oprzeć nie można, a przypomnienie to odnosi się nie tylko do obducentów, ale i sędziego, który kieruje czynnością sądowolekarską i za nią jest odpowiedzialny; będzie ono może dla jednych i drugich przestrogą na przyszłość, aby ściśléj stósowali się do przepisów i nie zwichnęli śledztwa w samym zawiązku.— W przypadku danym można było mieć przekonanie moralne, że skutkiem uderzenia narzędziem tępém w głowę nastąpiło nie tylko zranienie powłok czaszkowych, ale i wylanie krwi z jednéj z gałęzi tętnicy oponowéj środkowéj, a w skutek tego ucisk mózgowy i śmierć; ale z powodu opisu niedokładnego i nieumiejętnego dowodu naukowego dostarczyć nie było można. Wątpliwościom tym Wydział musiał dać wyraz w swém orzeczeniu i w ogóle udzielić zdania warunkowego, które stać się mogło dodatniém dopiero w razie, gdyby obducenci twierdząco odpowiedzieli na pytania przez Wydział podane. Jaką była ich odpowiedź, nie wiemy, a jest to już rzeczą obojętną; tyle tylko wiemy z praktyki, że trudne ma przed sobą zadanie lekarz sądowy, jeżeli w kilka miesięcy po odbytéj sekcyi ma odpowiedzieć stanowczo i pod przysięgą na pytania, i wyjaśnić szczegóły, których odrazu w protokóle nie zapisał. Nie pozostaje mu nic innego, jak przyznać się otwarcie do niepamięci i tym sposobem udaremnić całe śledztwo, albo ufając zbytecznie pamięci odpowiedzieć stanowczo i obciążyć sumienie swoje. Aby uniknąć téj przykréj alternatywy, powinien lekarz sądowy odrazu traktować rzecz nader poważnie, pomny wielkiéj odpowiedzialności, która na nim ciąży.

III. Sprawozdanie naukowe z ruchu chorych w zakładzie dla obłąkanych w Krakowie w ciągu r. 1883.

Podał Dr. Karol Żuławski,
prymarjusz tego zakładu.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

III. *Tabes dorsalis* od lat 3, prawdopodobnie w skutek kiły przed 8 laty nabytéj, w ostatnich czasach przyłączyło się zboczenie umysłowe, podniecenie szałowe z obłędem prześladowczym, ze złudzeniami wzroku i słuchu; *Ataxia, Diplopia*, rozszerzenie źrenicy lewéj, brak odruchów kolanowych. Po 8-miesięczném leczeniu opuścił zakład w stanie polepszonym.

J. L., lat 38 liczący, przyjęty został do zakładu dla obłąkanych dnia 1go lutego 1883. Z opinii lekarskiéj wynika, że chory od lat trzech cierpi na *Tabes dorsalis*, leczony przez proff. Domańskiego i Korczyńskiego w Krakowie, następnie Benedikta w Wiedniu, używał kąpieli zimnych i prądu stałego przez 3 miesiące, obok tego *Nitras argenti* a późniéj *Kali jodatum*. Nigdy nie chorował, przed 8 laty przebył kiłę, używał pigułek z *Protojod. Hydrargyri*, późniéj zaś wcierań szaruchy. Od pół roku wystąpił zez oraz *mydriasis* po stronie lewéj i powieka górna lewego oka nieco opadła, od trzech miesięcy widzi podwójnie. Usposobienia żywego, był więcéj fantastą, często ekscentrycznym, raz wyrzucał niepotrzebnie pieniądze, innym razem znów był skąpym. Przed miesiącem zaordynowane miał sobie wcierania szaruchy, po użyciu których we dwa tygodnie wystąpiło rozdrażnienie, bezsenność, usposobienie zmienne, to przygnębiony i rozpaczający, to znów wesół i pełen nadziei rokuje sobie wesołe życie, podróże i uszczęśliwienie ludzi. Od kilku dni dostaje napadu szału, zrywa się do bicia osób, których bardzo kocha, tłucze sprzęty, targa ubranie, a po nocach nie sypia, miewa złudzenia wzroku, słowem zachowuje się tak niespokojnie, że umieszczenie go w zakładzie stało się koniecznością.

2 lutego badanie wykazało: porażenie nerwu okoruchowego lewego, drżenie języka i palców rąk, na nogach stoi z trudnością, po schodach tak do góry jakoteż i na dół tylko przy pomocy laski chodzić może. Przy zamkniętych oczach z trudnością tylko chodzi, a po podniesieniu jednéj nogi na drugiéj ustać nie może. Odruchów kolanowych brak; narzeka na zawroty głowy, bezsenność, na uczucie opasania i na osłabienie pamięci, na podwójne widzenie, na ciągłą obstrukcyję, na częste polucyje i trudne oddawanie moczu; zastosowano Hegara, a nadal zalecono pigułki przeczyszczające, w razie bezsenności chloral.

4 lutego chory podaje, że przebył kiłę, że zapóźno zaczął się leczyć, używał pigułek a późniéj wcierań, apetyt ma dobry lecz często po jedzeniu wymiotuje. Rozbiór moczu w pracowni prof. Dra Stopczańskiego wykazał: mocz barwy wino-żółtéj, kwaśno oddziaływający, c. g. 1.021, osad zwiększony, uroksantyn zwiększony, kwas moczowy, chlorki i fosforany prawidłowe; ciałka ropy bardzo liczne, ciałka krwi pojedyńczo, wałeczki Belliniego nader pojedyńczo, kryształki szczawianu wapniowego dość często, zwiększona ilość śluzu. Białka ślad dobrze spostrzegalny, nieco więcéj niż ciałkom ropy i krwi odpowiada. Zalecono choremu *Solutio arsenicalis Fowleri* dziennie po 10 kropel, oraz do picia wodę Giesshübelską i wino czerwone.

W dniu 11 lutego chory mocno podniecony, ma halucynacyje wzroku, widzi posługacza strzelającego z rewolweru, widzi szubienice na ścianach, suficie, najwięcéj na piecu, słyszy głosy osób, których nie ma, żąda wypuszczenia. Po 3·0 chloralu uspokoił się i zasnął.

15 lutego czuje ciężkość głowy, ma uczucie opasania, jest tak słabym, że wstać nie może. Tętno 120. Ciepłota ciała 39. Przedmiotowo ani w płucach, ani w sercu, ani w przewodzie pokarmowym nie można było wykazać żadnych zmian chorobowych, zalecono chinin po 0·30 trzy razy dziennie.

18 lutego tętno 92. C. c. 38. Podczas wizyty rannéj twierdzi, że jego brata powieszono, tak samo i matkę, że i na niego zapadnie wyrok śmierci, i że za obrazę majestatu czeka go szubienica. Podczas wieczornéj wizyty mocno podniecony widzi kapucyna, który naigrawa się z niego, rzuca się na ziemię, leżąc krzyżem całuje ją i odmawia w głos „Kto się w opiekę“, późniéj wstaje, klnie lekarza, zamierza się rzucić na niego, każe się mu wynosić, krzyczy przeraźliwie, przewraca oczyma, pluje, wreszcie słabnie i opada na łóżko.

23/2 Leży w łóżku mocno osłabiony, na pytania nie chce odpowiadać; po jedzeniu wymiotował.

1 marca urojenia wzroku i słuchu trwają; dowiedziawszy się, że jest w zakładzie dla obłąkanych, odgraża się lekarzowi, grozi skargą do sądu, za nieprawne trzymanie go w zakładzie jako pod względem umysłowym zupełnie zdrowego; żąda przeniesienia do kliniki.

15 marca. Wzbrania się jeść, wyrzucił cały obiad na ziemię, oświadcza, że jeść nie będzie, bo go lekarz chce otruć, że mu głos ojca mówi, aby nie jadł.

1 kwietnia. Na ścianach, suficie, drzwiach i piecu widzi szubienice; kapucyn z brodą stoi za oknem i drwi z niego; w chorych poznaje znajomych księży.

10 kwietnia rano uprzejmy i spokojny, przeprasza za wszystko co złego wyrządził, całuje lekarza i każe się całować, jako na dowód, że się nie ma urazy do niego, pod wieczór krzyczy i hałasuje, tarza się po ziemi.

26 kwietnia w nocy niespokojny, odosobniony, śpiewa i krzyczy, wyzywa posługacza i siostrę miłosierdzia ostatniemi słowy; podczas wizyty pluje na lekarzy, wypędza z pokoju, po injekcyi morfinu 0·02 uspokoił się. Wkrótce atoli wystąpił *shock*, tętno ledwie wymacalne, odnogi zimne, zęby zaciśnięte, paznogcie sine, oddech płytki; zapad ogólny trwał kilka godzin, pomimo froterowania ciała, injekcyj eteru z kamforą, synapizmów na nogi.

27/4 wstał z łóżka i chodził, cieszył się, że mu ustąpiło uczucie opasania i ciężkość z głowy, nogi czuje swobodniejsze i może chodzić.

1 maja. Spaceruje po ogrodzie, zachowując się spokojnie, na pytania odpowiada chętnie i rozsądnie, przez cały miesiąc zachowywał się spokojnie, nie miał złudzeń, jedynie tylko nie mógł usnąć bez chloralu; badanie moczu: c. g. 1·035, fosforany zwiększone, chlorki prawidłowe, białka ślad zaledwie spostrzegalny, obok zwiększonéj ilości śluzu, ciałka ropy dość częste.

31 maja zerwał się ze snu poobiednego, począł z całych sił krzyczeć, że aż posiniał i pienił się ze złości, klnie na jakichś łotrów, bije pięścią w stół, pluje, wywraca przeraźliwie oczyma, wreszcie nakrzyczawszy i nagniewawszy się słabnie i opada na łóżko, poczém począł się pocić i uspokoił się.

10 czerwca narzeka na jedzenie że złe, że gotowane

w rondlach miedzianych, przez co się tworzy grynszpan, że go trujemy, że dziś cały obiad zwymiotował; podaje, że już tak samo z nim było, gdy jadał w seminaryjum i to także z powodu miedzianych naczyń. Widoku siostry miłosierdzia nie może znieść, klnie i lży ją ostatniemi słowy.

20 czerwca. Co zje wymiotuje, zalecono kwaśne mleko, którego także nie znosi; zalecono *aether sulphuricus* po 15 kropel przed jedzeniem.

26/6. Mniéj wymiotuje, znosi mleko, jaja na miękko, prosi o krople, bo mu dobrze robią.

30/6 Znowu mocno podniecony, krzyczy, bije pięścią w stół, żąda wypuszczenia.

10 lipca napisał rozsądny list do brata z prośbą, aby po niego przyjechał, albowiem już jest zdrów.

2 sierpnia cieszy się, że już jest zdrowym, spodziewa się, że złudzenia nie powrócą; prosi się o wypuszczenie do domu, bo mógłby stracić obowiązek, musi się przedstawić przełożonym, apetyt coraz lepszy.

15/8. Z rodziną rozmawia rozsądnie, prosi, aby go z zakładu odebrano, bo czuje się już zdrowym.

30/8. Komisyi sądowolekarskiéj odpowiadał rozsądnie na pytania, pamięć okazywał dobrą, podczas całego badania był przyjemnym w rozmowach nawet dowcipnym, opowiadał o urojeniach, które go trapiły, a najbardziéj, że mu się ciągle pokazywał kapucyn, że mu się zdawało, że go mają wieszać za jakieś zbrodnie, że wszędzie widział szubienice. Boleści, jakie miał w krzyżach, ustąpiły, tak samo nie ma już uczucia opasania. Gdy coraz bardziéj do sił przychodził i pod względem umysłowym nie przedstawiał żadnych zboczeń, opuścił zakład w stanie polepszonym dnia 11 września 1883.

Przez zimę mieszkał w mieście niezajmując się niczém, zażywał daléj arsen, spacerował, czasem w interesach wyjeżdżał, z wiosną z. r. objął urzędowanie, w lecie był przez 6 tygodni w zakładzie wodoleczniczym, a powróciwszy ztamtąd, czuje się obecnie zdrowym, zajmuje się gospodarstwem i wypełnia swoje obowiązki należycie, tak że pod względem umysłowym stan zupełnie dobrym nazwać wypada.

Cztery przypadki wścieklizny u ludzi.

I. Dnia 15 czerwca 1880 r. przeniesiony został do zakładu dla obłąkanych z oddziału chorób wewnętrznych z powodu napadu szału Wojciech Niedośpiał, lat 25 liczący, wyrobnik. Od rodziców chorego dowiedziano się, że był zawsze zdrowym, pilnym i pracowitym, w ostatnich dopiero miesiącach począł oddawać się pijaństwu. Przed dwoma miesiącami pracując w polu, ukąszony został przez psa w palec lewéj ręki. Badanie wykazuje dobrą budowę ciała i dość dobre odżywienie, brak pół paznogcia z boku i brak opuszki u palca dużego lewéj ręki, zmian w bliźnie nie ma żadnych. Wyraz twarzy zdradza przestrach, chory podaje, że nie może jeść i pić z powodu bólów, jakie występują w gardle, zwłaszcza gdy chce połykać. Od dni kilku nie może spać, widzi pszczoły i zające lecące na niego, lęka się wszystkiego, tak iż najmniejszy szmer przestrasza go, oświadcza, że nie będzie lekarstwa zażywał, bo wie, że go chcą otruć. Tętno 80, ciepłota ciała 37·5°C. zalecono wstrzykiwania makowca 0·03 trzy razy dziennie.

16/6. W nocy nie spał, krzyczał i hałasował, na pytania rozsądnie odpowiadał, zapytany dla czego w nocy krzyczał, podał, że się obawiał być samotnym. Wzbraniał się jeść, za okazaniem bułki i kawy w naczyniu dostawał kurczów w gardle, krzyczał przeraźliwie i odpychał od siebie, wypluwa ślinę plując koło siebie. Dmuchnięcie w twarz wywołuje również kurcze, leczenie to samo.

17/6. W nocy nie spał, leżał jednak spokojnie, nie jadł i nie pił nic, bredzi o psie, który go pokąsał, krzyczy że ucieka, że go zabijają.

18/6. Nie spał i nie jadł, wypluwa dużo śliny, pluje po ścianach, na posługaczy, na około łóżka, bredzi o zającach i psach, przewraca się na łóżku, krzyczy na każdego, który się do niego zbliża, chowa twarz do poduszki. Nakarmiono go za pomocą sondy, przyczém zadano: *Kali bromati 4·00, Hydratis chlorali 3·00, Aq. destill. 50·0.*

19/6. Spał trzy godziny po chloralu, po przebudzeniu krzyczał, zrywał się na posługaczy, wyzywał lekarzy, że go trują, wypluwał dużo śliny, za okazaniem płynów, czy to wody, czy mleka lub rosołu, czy téż tylko samego naczynia dostaje kurczów połyku i mięśni oddechowych, za dmuchnięciem w twarz kurcze te o wiele szybciéj występują.

20/6. Coraz bardziéj osłabiony na nogach ledwie przy pomocy ustać może. Nakarmiony za pomocą sondy, z dodatkiem chloralu 3·00, na pytania nie zważa, bredzi, śliny mniéj wypluwa, kurcze rzadziéj występują.

21/6. W dzień i w nocy bredzi, nie poznaje nikogo, leży spokojnie, odnogi chłodne potem zimnym pokryte, za zbliżaniem się do niego krzyczy przeraźliwie.

22/6. Coraz bardziéj osłabiony, tętno nikłe, oddech wolny, nieregularny, odnogi chłodne. Koło godziny 3éj wystąpiło charczenie, a o godzinie 4éj po południu śmierć.

Sekcyja wykonana przez prof. Dra Browicza wykazała co następuje: Opony miękkie miernie nastrzykane, istota korowa mózgu miernie przekrwiona jednostajnego wejrzenia i szerokości, dokładnie odgraniczona od istoty rdzeniowéj, spójność prawidłowa; błona śluzowa około ujścia do krtani miernie nastrzykana. Płuca wolne, wiotkie, we wszystkich częściach powietrze zawierające, w tylnych i dolnych przekrwione, w całości obrzękłe, części przybrzeżne przodkowe blade i suche. Mięsień sercowy blady, pod mikroskopem badany przedstawia skład prawidłowy. Nerki przekrwione, zresztą wszystko prawidłowe. Rozpoznanie anatomiczne opiewało: *Hyperaemia meningum et corticis cerebri, oedema pulmonum acutum, hyperaemia renum.*

II. Dnia 29 września 1880 r. przeniesiony został z oddziału chorób wewnętrznych do zakładu dla obłąkanych, Jędrzéj Mlak, syn wyrobnika z Podgórza, lat 16 liczący, z powodu, że począł krzyczeć i bredzić, chciał uciekać a wreszcie, że posługacza, który go przytrzymywał, w palec ukąsił. Od matki chorego dowiedziano się, że chory cieszył się dotąd zawsze dobrém zdrowiem, był wesołym, chętnym do pracy, trudnił się wożeniem mięsa i różnych rzeczy, lubił bardzo psy i bawił się z niemi, a często i droczył. Jeden z tych psów zachorował przed dwoma miesiącami, pokąsał inne psy, które z polecenia magistratu sprzątnięto jako wściekłe. Nie wspominał nigdy, aby go pies ten pokąsał, od trzech dni posmutniał, popłakuje, boi się ludzi, ucieka z domu, nie sypia po nocach. Wprowadzony do zakładu wyrwał się trzymającym posługaczom, biegał po korytarzu, wyskakiwał na ławki i stoły, dobywał się do drzwi i okien. Badanie wykazało budowę ciała odpowiednią wiekowi, odżywienie dobre, mięśnie jędrne. Na grzbiecie ręki prawéj trzy blizenki wielkości siemienia, źrenice nieco rozszerzone, wyraz twarzy przestraszony, wzdryganie się na głośniejsze przemówienie z odwracaniem twarzy. Badany wie, zkąd po-

chodzi i jak się nazywa, przyznaje, że się bawił z psem, który inne psy pokąsał, i gdzieś zaginął, pamięta, że często z tym psem się droczył, nie pamięta atoli, żeby go kiedy pokąsał, twierdzi, że jest głodny, bo już dwa dni nic nie jadł, że atoli jeść nie może dla tego, że go w gardle ściska. Podaną sobie bułkę chwycił chciwie i ugryzł, w téjże chwili atoli odrzucił ją z krzykiem przeraźliwym, począł ruszać głową w prawo i w lewo nachylając i przyciskając brodę do klatki piersiowéj, jak gdyby usiłował przemocą coś przełknąć, a zarazem wykonywał przyspieszone ruchy oddechowe, wydając łkanie głośne szybko po sobie następujące, a po głębokiém westchnieniu spokojnie daléj oddechał. Cały napad trwał zaledwie minutę; zapytany, co się mu działo, podał, że go coś w gardle ściskało. Gdy śród badania klatki piersiowéj i ściany brzusznéj dmuchnięto w okolicę żołądka, nastąpiło natychmiast wzdrygnięcie chorego, i tuż zaraz napad taki sam jak powyżéj opisany; nareszcie podano choremu szklankę z mlekiem i namawiano do wypicia, wzbraniał się dość długo pić, późniéj przybliżył i wziął w usta, czémprędzéj atoli wypluł, bo tuż wystąpił napad kurczów połykowych i oddechowych. Chory przerażony po napadzie począł uciekać, prosił aby go zostawić w spokoju. Na noc zadano *per anum* 3·00 chloralu.

30/9. Chory wypluwa ustawicznie ślinę, po chloralu spał z wieczora blisko 4 godzin, zresztą całą noc nie spał, przywoływał matkę, bredził, że matka jest zamurowaną w sąsiednim pokoju, że ją ojciec bije, dobijał się do drzwi i krzyczał aby go puścić, bo musi iść matce w pomoc. Podczas wizyty biega po pokoju, przykłada ucho do ściany mówiąc, że słyszy jęki matki i wołanie o pomoc. Podana kawa i bułki są nietknięte, zapytany, dla czego nie jadł, podaje, że nie może, bo są tam włosy, a wkładając palce do kawy szuka, i za każdém wyjęciem palców robi ruch, jak gdyby wyrzucał włosy, dodając, że jeszcze dużo włosów jest w kawie. Za dmuchnięciem w twarz wystąpił natychmiast napad kurczów połykowych i oddechowych, który trwał 35 sekund. Chory narzeka, że mu zimno, prosi o kąpiel. Gdy wchodził do wody, wystąpił napad kurczów, chory prosił, aby mu wodę przykryć prześcieradłem, mimo to wystąpił znowu napad kurczów, wreszcie uspokoił się chory i zadowolony z kąpieli, w któréj mu tak dobrze, siedział blisko godzinę w niéj nieruszając się. Podczas gdy chory rano do kąpieli przez długi kurytarz sam szedł, pod wieczór był tak osłabionym, iż o własnéj sile ustać nie mógł, podtrzymywany zaś chwiał się na nogach. Dmuchnięcie skierowane z odległości 5 kroków wywołało napad kurczów, wśród krzyku przeraźliwego, chciał uciekać, nie mogąc atoli wstać, stoczył się bezsilny na ziemię. Wstrzyknięto morfinu 0·02.

1 października. Niedowład postępuje, czucie w odnogach dolnych upośledzone, nakłucia szpilki nie czuje, pomimo, że po każdém nakłuciu krew wychodzi, stopy i ręce chłodne, wilgotne, mowa niewyraźna, wzrok przeraźliwy. Wstrzyknięto morfinu z ezerynem podług J. Nichollsa (Przegląd Lekarski Nr. 26, 29 marca 1878). W pół godziny po injekcyi począł się ślinić, podawał, że mu się ćmi w oczach, twarz zaczerwieniła się, ręce i nogi stały się cieplejsze, wystąpiły krople potu na twarz, tętno 120 regularne; powieki oka prawego więcéj przymknięte niż na oku lewém, źrenice zwęziły się; w godzinę późniéj wstrzyknięto drugi raz; po godzinie spadło tętno na 88, oddech stał się nieregularny, wystąpił zapad, oddech stawał się coraz wolniej szym, koło godziny 12éj chory począł charczeć, a po godzinie 1éj popołudniu zmarł.

Sekcyja wykonana dnia 2 października przez Dra Piska wykazała co następuje: Opona twarda miernie, opony cienkie dość znacznie przekrwiona. Zwoje mózgowe wydatne, rowki głębokie, na przekroju kora szerokości prawidłowéj, ciemno sinawa, tu i owdzie wysepki bledsze okazująca, wyraźnie od istoty rdzeniowéj odbijająca, zasiana dość licznie drobnemi kropkami ciemno czerwonemi. W istocie rdzeniowéj gdzieniegdzie wysepki blado różowawe, wśród miąższu resztą bladego. Spójność miąższu prawidłowa, rozmiary komórek prawidłowe, wyściółka blada i gładka, sploty naczyniowe znacznie krwią przepełnione. Rdzeń kręgowy: na przekroju istota szara znacznie przekrwiona, różowa, w miejscu odpowiadającém zgrubieniu szyjnemu na pograniczu prawie z częścią piersiową widać na przekroju poprzeczném wyniosłość kolistą, płaską, białawą, nieco nierówną, twardszą od otoczenia, wypuklającą się, a która stanowi przecięcie poprzeczne obłego guza, tkwiącego w lewéj połowie rdzenia kręgowego. Przekrój poprzeczny odpowiada prawie połowie przekroju rdzenia, istoty szaréj po stronie guza nie widać. Wcięcie tylne, a po części i przednie, łukowate, ku stronie prawéj wygięte, środek istoty szaréj i jéj połowa prawa przekrwione, wyraźnie odgraniczone od otaczającéj bladéj istoty. Płuca w tylnych i dolnych częściach przekrwione, w całości obrzękłe. Rozpoznanie anatomiczne opiewało: *Hyperaemia corticis cerebri et substantiae griseae medullae spinalis insignis. Neoplasma intumescentiae cervicalis medullae spinalis; oedema pulmonum acutum.* (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Samuel Fenwick (London Hospital): **O przebiciu wyrostka robaczkowego jelita ślepego.** Wykład kliniczny. Podał w streszczeniu Dr. Roman Bałącz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

Wielu autorów podawało, że przebicie wyrostka robaczkowego jest częstszém u mężczyzn, zgadza się to ze statystyką w *London Hospital*, gdyż na 17 mężczyzn przypadają 3 kobiety. Stosunek ten zmienia się zależnie od przyczyny, z jakiéj nastało przebicie: pośród osób z owrzodzeniami gruźliczemi 41% stanowiły kobiety, również przypadki przebicia w durze odnosiły się do kobiet. Bez wątpienia zatrudnienie cięższe, większa sposobność narażenia się na uraz są powodem, że u mężczyzn przebicia wyrostka robaczkowego są częstszemi. Wiele przypadków takich zawdzięcza swój początek zatkaniu zastawki Bauhina jako następstwu nieżytu jelit. Nieżyt jelit znów częstszym jest u mężczyzn. Autor starał się zbadać wiek, w którym przebicie najczęściéj ma miejsce. Z załączonéj tablicy okazuje się, że wiek między 10—20 r. życia daje największą liczbę przypadków: 29 na 97. F. zestawia także tablicę wieku chorych przyjętych w ostatnich latach do *London Hospital.* Największą liczbę przypadków *typhlitis* rozpoznano u chorych między 20—30 rokiem życia. Na 59 przypadków *typhlitis* 25 przypadków między 20—30 rokiem życia. Z porównania obu tablic, które autor podał, wynika, że tak owrzodzenia wyrostka robaczkowego jak *typhlitis* są najczęstszemi między 10 a 30 rokiem życia, tj. w okresie, w którym pokarmy spożywane bywają w największéj ilości, i możemy ztąd wysnuć

wniosek, że obiedwie choroby zawdzięczają swój początek podobnym warunkom, tj. że najczęstszą przyczyną obu jest zatrzymanie niestrawionych pokarmów, wywołujące nieżyt jelit, a w następstwie albo *typhlitis* albo *perfor. proc. vermif.* Największa liczba owrzodzeń wyrostka robaczkowego u suchotników zdarza się w późniejszym wieku tychże, albowiem między przypadkami, które autor zebrał, tylko jeden chory nie dosięgnął 20 roku życia, 7 zmarło w wieku między 20 a 40 rokiem życia, a trzech miało przeszło 40 lat. Przypadki skomplikowane z przepukliną dotyczyły chorych, którzy przekroczyli 40 rok życia.

Nie zawsze zaparcie stolca poprzedza przebicie wyrostka robaczkowego, albowiem w 43 przypadkach, gdzie stan poprzedni chorych jest podanym, tylko w trzech przypadkach poprzedzało zaparcie stolca. Autor skłania się do przypuszczenia, że przyczyną konkrecyi jest nadmierna wydzielina błony śluzowéj wyrostka robaczkowego w skutek drażnienia przez ciało stałe w nadmiernéj ilości wprowadzone a niestrawne. A przychodzi do tego wniosku ztąd, że w 25 przypadkach, w których znaleziono konkrecyje, 20tu chorych dotąd czuło się w stanie zupełnego zdrowia, trzech tylko chorych było wątłego zdrowia; podczas gdy w 8miu przypadkach, gdzie nie znaleziono konkrecyi, tylko 5 osób cieszyło się zupełném zdrowiem, a 3 osoby były wątłego zdrowia.

Obecność konkrecyi nie sprawia bólu, ból występuje dopiero z pojawieniem się owrzodzeń. Urazy brzucha bywają czasem powodem owrzodzeń wyrostka robaczkowego. W 1szym przypadku autora chory nagle dostał silnego bólu w brzuchu, w 2gim przypadku objawu tego wcale nie było, natomiast biegunka była głównym objawem choroby. Pierwszy chory był przedtém zupełnie zdrów, 2gi był suchotnikiem. Należy nam dla wyjaśnienia tego punktu zestawić większą liczbę przypadków i porównać ze sobą. I tak na 83 przypadków, w których podano pierwsze objawy choroby, 63 chorych, czyli 73%, doznawało bólu od początku choroby. Ból występował zazwyczaj nagle; w 32 przypadkach odnosili go chorzy w ogóle do brzucha a w 21 przypadkach był ból ten umiejscowionym w *fossa iliaca dextra* albo w *hypochondrium.* Na podstawie doświadczenia autora chorzy odnoszą zwykle ból do dolnéj części brzucha, gdzie ropień tylko jest następstwem przebicia; ból ten jest zazwyczaj w rodzaju kolki. Ale w przypadkach, gdzie już wystąpiły objawy ogólnego zapalenia błony brzusznéj, ból jest gwałtowniejszym i więcéj rozlanym. W jednym przypadku spostrzegano mocz mętny, a oddawanie tegoż było bolesném. W 2im przypadku powstało równocześnie silne parcie. W 8miu przypadkach uważano dreszcze przed wystąpieniem bólu. Również w 18 przypadkach wymioty poprzedziły ból. Zapad zauważono tylko w 4 przypadkach w przeciwstawieniu do częstości tego przypadu po przebiciu innych części jelit. Zaparcie stolca uważano jako pierwszy objaw choroby w 8miu przypadkach zapewne dla tego, że chorzy ci poprzednio byli zupełnie zdrowymi.

Biegunkę uważano w 9 przypadkach na 85, ale zawsze dotyczyła ona bądź osób gruźliczych, bądź dotkniętych durem brzusznym lub chorobą wysypkową. Widzimy więc, że najczęściéj poprzedza chorobę gwałtowny ból w brzuchu, któremu towarzyszą zazwyczaj wymioty a czasem dreszcze; u suchotników zaś biegunka jest głównym objawem choroby. Przebicie wyrostka robaczkowego wywołało różne objawy zależnie od tego, czy powstały zrosty z częścią uszkodzoną albo z sąsiedniemi narządami, czy powstało zapalenie błony brzusznéj rozlane, czy też powstał tylko ropień umiejscowiony. W wielu przypadkach, gdzie powstały zrosty skutkiem dawnych owrzodzeń wyrostka robaczkowego, silny ruch chorego może przyczynić się do przedarcia tychże i wystąpienia nowych objawów przebicia ze zejściem śmiertelném.

W przypadkach rozlanego zapalenia otrzewny, objawy są zazwyczaj wybitnemi, ale w wielu przypadkach ból chwilowo ustępuje na 2 do 3ch dni, chory czuje się lepiéj, jakkolwiek choroba postępuje. Ma to miejsce głównie w tych przypadkach, gdzie wydzielina włóknikowa otoczy schorzały wyrostek. Chory wtedy chwilowo czuje ulgę, aż nagle występują objawy zapalne na nowo z powodu dostania się cząstek zapalnych do jamy otrzewnowéj.

Tętno zazwyczaj bywa przyspieszoném od początku choroby aż do końca. Ciepłota ciała natomiast rzadko bywa podniesioną, nawet w przypadkach niedotyczących osób gruźliczych, a autor zna przypadki, gdzie właśnie stan prawidłowy ciepłoty skóry naprowadził praktyków na mylne ocenienie stanu chorego, pomimo że stan był bardzo groźnym. Śmierć zwykle nastaje z powodu wycieńczenia sił chorego a poprzedza ją zazwyczaj majaczenie.

Jeżeli jako następstwo choroby powstanie ropień, dalszy przebieg choroby różni się znacznie od tych przypadków, gdzie nastąpiło rozlane zapalenie błony brzusznéj. Przekona nas o tém porównanie następnego przypadku z poprzedzającemi.

P r z y p a d e k 3 dotyczy mężczyzny 20-letniego, który przyjęty do szpitala skarży się na ból w prawéj stronie brzucha i obrzęk tamże. Przed 6 tygodniami zauważył nagle silny ból w prawéj stronie brzucha, który powoli ale stopniowo wzmógł się do tego stopnia, że musiał zaniechać pracy fizycznéj. Wkrótce potém powstał obrzęk w okolicy biodrowéj prawéj, który zwiększał się w miarę zwiększania się bólu.

Przy badaniu spostrzeżono znaczne stłumienie prawéj połowy brzucha i obrzęk w okolicy lędźwiowéj prawéj bolesny, niechelboczący. Ciepłota ciała wynosiła 102·8F.(39·3°C.), tętno 136; język suchy, obłożony; brak apetytu, zaparcie stolca. W przeciągu 4 dni stan znacznie się pogorszył a 6go dnia chory był na pół przytomnym. Ciepłota 100°F.(37·7°C.) Brzuch mocno wzdęty a następnego dnia chory umarł. Sekcyja wykazała przebicie wyrostka robaczkowego i połączenie tegoż z wielkim ropniem; również rozlane zapalenie otrzewny. Uderza nas w tym przypadku przebieg nader powolny w porównaniu z przypadkami, gdzie zap. otrzewny zaraz po przebiciu wystąpiło; tutaj z powodu dłuższego trwania choroby powstał wyraźny obrzęk. W 16tu przypadkach gdzie powstał ropień obecność guza można było wykazać w 40%, ale tylko w 20% można było wykazać chełbotanie. Zaparcie stolca było zawsze, gdzie było zap. otrzewny, ale w przypadkach ropni biegunka jest częstszą. W ostatnim przypadku powstało zapalenie otrzewny jako następstwo ropnia, ale ropień taki przebić się może na zewnątrz albo do sąsiednich narządów. Autor obserwował przebicie takiego ropnia na udzie prawém. W następnym znowu przypadku przebicie miało miejsce do pochwy. (Dok. nast.)

G ä r t n e r: **O zapaleniu płuc po przecięciu nerwu błędnego.**

Przecięcie nerwu błędnego jest jednym z tych rękoczynów doświadczalnych, które dotąd bardzo często wykonywano, aby się przekonać, co jest ostateczną przyczyną zejścia śmiertelnego u zwierząt w ten sposób operowanych. Odnośna literatura została skrupulatnie zestawioną w pracy Freya, dotyczącéj tego przedmiotu.

Że po przecięciu dziesiątéj pary mózgowéj powstaje sprawa zapalna w płucach, wykazał już Valsalva; lecz u niektórych zwierząt zapalenie to jest mało rozległém, aby tłumaczyć mogło zejście śmiertelne i jedni twierdzą, że dotyczące zwierzęta giną z ogólnego wyniszczenia, inni zaś utrzymują, że giną one ze stłuszczenia serca, lub z innéj nieznanéj dotąd sprawy patologicznéj.

Zapalenie płuc powstające po przecięciu nerwu błędnego przedstawia się w następujący sposób: Płuca mają większą objętość niż w stanie zdrowym, zapadają się téż mniéj znacznie po otwarciu klatki piersiowéj. Powierzchnia płuc jest w całości zaczerwieniona, a prócz tego tu i owdzie znajdują się na niéj miejsca silniéj przekrwione, które po przecięciu okazują naciek zapalny. Pęcherzyki są wypełnione masą szaro-czerwoną, nadającą powierzchni przecięcia wejrzenie ziarniste. Pod drobnowidem znajdują się pęcherzyki wypełnione młodemi komórkami naciekowemi i ciałkami krwi a nawet przestwory międzypęcherzykowe bywają naciekłe. W tchawicy i oskrzelach, których błona śluzowa jest silnie zaczerwieniona, znajdujemy sporą ilość cieczy pienistéj krwawo zabarwionéj.

Uderzającą jest okoliczność, że w miejscach naciekłych najsilniejszém jest zaczerwienienie błony śluzowéj oskrzeli a badanie drobnowidowe wykazuje, że sprawa zapalna wychodzi od oskrzeli, jak to już Traube zauważył. Rozumie się, że obok tego już zupełnie rozwiniętego zapalenia znajdujemy miejsca w okresach wcześniejszych znajdujące się a więc przekrwione, lecz jeszcze sprężyste i dające się nadąć. Według doświadczenia Billrotha zapalenie rozwija się u królików w 6—7 godzin po wykonaniu rękoczynu a pierwsze ślady występują już po dwóch godzinach. Rzadko téż zwierzęta te są w stanie przeżyć więcéj nad 24 godzin, podczas gdy psy żyją 5—6 dni a nawet więcéj, zwłaszcza jeżeli przecięcie po obu stronach wykonano nie naraz lecz w dłuższych odstępach czasu, np. pies operowany przez Nassego przeżył drugi rękoczyn 62 dni. Zauważyć przytém należy, że końce przeciętego nerwu błędnego mają wielką skłonność do zrośnięcia się napowrót; dla tego chcąc otrzymać pewne wyniki potrzeba raczéj wyciąć dłuższy kawałek nerwu, choć i po prostém przecięciu śmierć stale następuje, podczas gdy, jak widzimy, przecięcie jednostronne nie sprowadza żadnego niebezpieczeństwa jeżeli się nie wda jaka choroba przyranna. Również i u ludzi stwierdzono, że wycięcie kawałka nerwu błędnego po jednéj stronie nie stanowi jeszcze niebezpieczeństwa dla życia.

G. robił doświadczenia na psach jako stosunkowo więcéj odpornych i doszedł do następujących wyników: jeżeli się przetnie psu nerwy błędne w wysokości szyi, to zmienia się przedewszystkiém rytm oddechania mianowicie: oddech staje się rzadszy, nawet do 6 razy na minutę a przytém jest głębszy. Wdech jest przedłużony, wydech szybki. Po wdechu następuje zwykle dłuższa pauza, również po wydechu. Ze zmian w krtani zasługuje przedewszystkiém na uwagę, że po przecięciu nerwów błędnych na szyi, w którymto razie i n. wsteczny przeciętym zostaje, występuje porażenie kilku mięśni krtaniowych. Odpowiednio do tego więzadła głosowe są do siebie zbliżone i nieruchome, a nawet czasem zachodzi jedno na drugie. Rozumie się samo przez się, że wydawanie głosu jest przytém niemożebne; lecz co jest ważniejszém, zwierzęta takie nie mogą kaszleć, bo do kaszlu nieodzownym warunkiem jest zamykanie głośni. Wprawdzie G. nieraz zauważył, że zwierzęta, którym wykonano vagotomiję, wykonywają silne wydechy jakby przy kaszlu, lecz czy wydechy te można uważać za rodzaj kaszlu, dotąd nierozstrzygnięto.

Co się tyczy narządu krążenia, to wiadomo, że w nerwie błędnym przebiegają włókna tamujące, których porażenie lub przecięcie uwydatnia się zwiększeniem chyżości tętna; otóż Eichhorst twierdzi, że wycięcie gałązek sercowych sprowadza stłuszczenie serca i staje się przyczyną śmierci w tych przypadkach, w których nie przychodzi do zapalenia płuc.

Ważniejszych jeszcze zmian doznaje narząd trawienia: przedewszystkiém zwierzęta źle połykają, bo nerw błędny oddaje gałązki do przełyku, których przecięcie wywołuje porażenie przełyku poniżéj przecięcia. Jakkolwiek więc połykanie jest utrudnione, to przecież pokarm dostaje się do żołądka, że zaś mimo tego zwierzęta giną z wyniszczenia, trzeba prawdopodobnie przypisać temu, że wszystko prawie wyrzucają z siebie wymiotami.

Wymioty takie występują także stale u zwierząt, którym przecięto nerw błędny, jeżeli się je głaska lub trze po szyi, a że nie rozchodzi się tu o proste wracanie pokarmów, zalegających w gardzielu, dowodzi sekcyja psa, którego śmierć nastąpiła w 5 dni po operacyi. Autor znalazł u niego wpochwienie większéj części żołądka do gardziela. Wymiociny oddziaływały po większéj części alkalicznie lub co najmniéj obojętnie.

Pytanie, co jest bezpośrednią przyczyną zapalenia płuc u zwierząt po przecięciu nerwu błędnego, zajmowało w ostatnich dziesiątkach lat bardzo wielu badaczy, na większą zaś uwagę zasługują doświadczenia Traubego. Znajdował on w drogach oddechowych dotyczących zwierząt śluz z jamy ustnéj a jeżeli zwierzęta po operacyi jadły, szczątki pokarmów, czasem także i inne ciała obce; pokazuje się więc, że nie było owego fizyjologicznego zamknięcia dróg oddechowych, skoro pokarmy, które miały być połkniętemi, znajdowały się w drogach oddechowych. Traube tłumaczy téż zapalenie płuc po przecięciu nerwu błędnego w ten sposób, że ciała obce, a przedewszystkiém śluz z jamy ustnéj, wchodząc do oskrzeli, stanowią jego moment etyjologiczny. A więc nie przecięcie gałązek nerwu tego zaopatrujących płuca jest przyczyną zapalenia, ale porażenie krtani i gardziela.

Doświadczenia Traubego zostały wielokrotnie powtórzone a jego teoryja sprawdzoną; tylko Schiff starał się ją zachwiać, czyniąc na podstawie swych licznych doświadczeń zapalenie płuc w tych razach zależném od porażenia gałązek płucnych zawierających, według jego zdania, włókna naczynioruchowe, a dostanie się ciał obcych do oskrzeli ułatwia tylko wytworzenie się zapalenia.

Rozstrzygnięcie ostateczne téj kwestyi jest tylko w jeden sposób możebne, tj. trzebaby przeciąć nerwy błędne poniżéj odejścia nn. zwrotnych jestto jeden z trudniejszych rękoczynów a wykonywano go dotąd w ten sposób, że się szło za przebiegiem nerwu błędnego począwszy od szyi.

Ponieważ jednak otwarcie klatki piersiowéj u psów nie przedstawia wielkiego niebezpieczeństwa, jeżeli się je tylko wykonywa wśród wielkich ostrożności przeciwgnilnych, przeto G. postanowił na téj o wiele krótszéj drodze dostać się do nerwu, wycinając oczywiście odpowiedni kawałek żebra. Nerw wyszukuje się po lewéj stronie w okolicy początkowéj części zstępującéj łuku aorty, po prawéj zaś między tchawicą i żyłą główną zstępującą. Rękoczyn ten wykonany po jednéj stronie znosiły zwierzęta prawie bez wyjątku zupełnie dobrze. Rana goiła się przez rychłozrost a zwierzęta już w pier-

wszym dniu nie różniły się zachowaniem od zwierząt zdrowych; naturalnie, że nie było i bezgłosu, który się stale spostrzega po przecięciu nerwu na szyi. Potém przystępowano do przecięcia nerwu po drugiéj stronie, któryto rękoczyn zwierzęta znosiły znacznie gorzéj; wiele bowiem z nich ginęło na zapalenie opłucny lub osierdzia. Po rękoczynie spostrzegał autor utrudniony oddech, utrudnione połykanie i wymioty. Dwa operowane według téj metody psy przeżyły długo rękoczyn i zginęły z ogólnego wyniszczenia, pierwszy w 13 dni po drugim rękoczynie, drugi w 46 dni; sekcyja zaś nie wykazała żadnych zmian zapalnych w płucach; te więc przypadki przemawiają stanowczo za teoryją Traubego, że zapalenie płuc nie jest skutkiem przecięcia nerwów zaopatrujących płuca. (*Allg. Wien. med. Zeitung* Nr. 4 i 5 1885). *Dr. Otto.*

Jaksch we Wiedniu: **O tallinie, nowym środku przeciwgorączkowym.**

W ostatnich latach wykryto wielką ilość środków przeciwgorączkowych, zwłaszcza z grupy połączeń aromatycznych. Po kolei następowały po sobie: Kwas salicylowy, będźwinowy, resorcyn, hydrochinin, brenzkatechin, daléj chinolin, kairyn, a wreszcie najnowszy antipyryn. Trzy były główne przyczyny, dla których środki te nie doczekały się trwałego uznania. Najsamprzód wszystkie one wywołują w mniejszym lub większym stopniu przypady uboczne, tak np. zadawanie resorcynu, hydrochinonu pociąga za sobą objawy nerwowego podrażnienia, chinolin wywołuje wymioty, kairyn bardzo nieprzyjemne uczucie w twarzy i jamie nosowéj, wymioty, a nawet sinicę i zapad.

Drugim bardzo ważnym powodem krótkiego powodzenia tych leków jest to, że są one tylko na krótki czas skuteczne i często zawodzą, zwłaszcza w wysokich gorączkach. A wreszcie coraz więcéj uznania zyskuje sobie w ostatnich czasach zdanie, że gorączka nie jest najważniejszym objawem w chorobach ostrych i że np. zadając kairyn w durze, zapaleniu płuc itd. można utrzymać ciepłotę stale w granicach prawidłowych a jednak ani nasilenie choroby ani trwanie jéj nie ulegają żadnéj zmianie, ale przeciwnie w niektórych razach leczenie opóźnia się przez takie postępowanie.

Pomimo tego, póki nie mamy środków swoistych na poszczególne choroby, musimy szukać środka preciwgorączkowego, któryby był wolny od działania ubocznego i któryby łatwo można otrzymać. Z tego stanowiska trzeba się zapatrywać na podobne usiłowania autora, który badał cały szereg zasad chinolinowych i gdy jedne z nich okazały się bezskutecznemi, np. chinanisol, inne wprost trujące, np. tetrahydroparoxychinolin, znalazł, że zasada, którą trzeba uważać za wodnik parachinanisolu ma bardzo wybitne własności przeciwgorączkowe.

Autor robił z solami téj zasady doświadczenia na królikach i przekonał się, że dawki 0·6—0·8 znoszą zwierzęta bez szkody. To go ośmieliło środków tych do zadania ludziom w dawce $\frac{1}{2}$ do 1 grm. i wkrótce przekonał się, że te dawki pozostają na ludzi zdrowych bez wpływu, natomiast u ludzi gorączkujących obniżają bardzo znacznie ciepłotę. Niszczą one także zaczyny, opóźniają w 0·2% rozczynie fermentacyję amonijakalną, również kiśnienie mleka i fermentacyję wyskokową cukru, nie znosząc wszakże téj ostatniéj nawet w rozczynie 2%.

Do doświadczeń swych używał J. połączeń z kwasem winowym, siarkowym i solnym, któreto połączenia są w wodzie rozpuszczalne, mają silny aromatyczno-gorzki smak a rozczyny ich oddziaływają kwaśno, z półtorachlorkiem żelaza i ciałami utleniającemi w ogóle dają sole zielono zabarwione; dla tego Skraup nazwał je solami tallinowemi. Prócz tych soli używał J. do swych doświadczeń soli, których zasadą był t. zw. etyltallin, a kwasem kwas solny. Połączenie to ostatnie barwi się z półtorachlorkiem żelaza nie niebiesko, ale czerwono, zresztą co do działania przeciwgorączkowego nie różni się od soli tallinowych. Otóż temi środkami leczył J. 86 przypadków wszystkich prawie rodzajów chorób gorączkowych.

Co się tyczy zimnicy to tallin zadany w 2—3 godzin przed spodziewanym napadem usuwał go wraz z innemi następstwami, jak bólem głowy, potami; zadany wśród napadu skracał napad i łagodził widocznie, mimo tego ani jednego chorego nie mógł J. wyleczyć, bo skoro chory zaprzestał zażywania, napady wracały z dawném nasileniem. Również jak w zimnicy obniża tallin silnie gorączkę w durze a nawet w téj chorobie jest lepszym, niż inne środki, tak np. w jednym przypadku duru, w którym ani kąpiele ani chinin nie miały wpływu na podwyższoną ciepłotę, użyty tallin obniżył ją o kilka stopni w paru godzinach. W ostrym reumatyzmie stawowym ciepłota także prędko opadała, poczém następowały poty, na sprawę zapalną w stawach i przebieg choroby w ogóle nie miał środek ten żadnego wpływu. Podobnież zachowywał się tallin i w innych chorobach, jak odrze, gorączce połogowéj, zapaleniu płuc, róży, gruźlicy, wszędzie obniżając znacznie ciepłotę, szczególnie w gruźlicy, nie wpływając jednak zresztą na przebieg tych chorób.

Wynik doświadczeń J. nad działaniem tallinu jest więc następujący: Wszystkie sole tallinowe podobnie jak i etyltallin są lekami przeciwgorączkowemi, które już w dawkach $\frac{1}{4}$—$\frac{3}{4}$ grm. obniżają ciepłotę o kilka stopni. Obniżeniu ciepłoty towarzyszą zawsze poty, a najniższą ciepłota jest w 2 lub 3 godziny po zadaniu tego środka. Potém w mniéj więcéj 4—5 godzin zaczyna się ciepłota podnosić, czasem wcześniéj, a wtedy zwykle towarzyszą temu podniesieniu ciepłoty dreszcze. Często nie ma ani potów ani dreszczów. Na przebieg i trwanie choroby środki te wcale nie wpływają.

Mocz przyjmuje w grubszéj warstwie barwę brunatno-żółtą, w cieńszéj zaś zielonawą, z półtorachlorkiem żelaza barwi się czerwono. Pewna część tallinu, i to mniejsza, opuszcza ustrój niezmieniona, podczas gdy większa jego część wydziela się w połączeniu z kwasem.

Co się tyczy działania poszczególnych połączeń tallinowych, to nie ma między niemi prawie żadnéj różnicy z wyjątkiem, że siarkan tallinowy jest nieco silniejszy od innych soli i jako taki najwięcéj się zaleca do dalszych doświadczeń. Porównanie z kairynem przedstawia się korzystniéj dla tallinu; bo ten działa pewniéj i silniéj i podczas gdy kairyn w gorączce będącéj następstwem sprawy gruźliczéj według Nothnagla zawodził, tallin okazał się właśnie w takich przypadkach bardzo dzielnym środkiem. Po użyciu tallinu nigdy nie występują wymioty ani zapad, jak to ma często miejsce po kairynie.

Mimo tych zalet autor nie śmie jeszcze wróżyć temu środkowi trwałéj przyszłości w obec przemijającego rozgłosu tylu innych środków przeciwgorączkowych. W każdym razie zasługuje na to, aby go próbowano w większéj ilości przypadków. Jak dotąd w jednym tylko razie użycie jego może być wskazaném, a mianowicie zadawać go trzeba w tych razach, w których nie udaje się obniżyć gorączki żadnym innym środkiem a gdzie sama gorączka jest najgroźniejszym

objawem choroby. Lecz tallin i pod innym względem zasługuje na uwagę: dotąd sądzono (Filehne), że tylko te pochodniki chinolinu działają przeciwgorączkowo, w których jest połączonym z drobiną azotu rodzeń etylowy lub metylowy; tallin zaś jest drugorzędną zasadą chinolinową, której azot nie jest połączonym z żadnym rodniem alkoholowym. *(Wiener med. Wochenschrift* 1884) Nr. 48,. *Dr. Otto.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XIX Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 21 stycznia 1885.

Przewodniczący wiceprezes kol. Wiszniewski.
Członków obecnych 26.

1) Na wezwanie przewodniczącego zebrani przez powstanie oddali cześć pamięci zmarłego kol. Żulińskiego.

2) Na członka czynnego Tow. przyjęto jednogłośnie kol. Jana Prusa, zaś kol. Julijana Czyrniańskiego z Wiednia na członka korespondenta.

3) Kol. Kopff mówi o przypadku leczonym w klinice prof. Rosnera *gangraena spontanea penis et scroti*, przedstawiając zarazem pacyjenta. (Rzecz ta będzie ogłoszona w Przeglądzie Lek.).

4) Kol. Schaitter mówi o badaniu krwi zaczadzonych sposobami Salkowskiego i Zaleskiego, popierając wykład szeregiem odpowiednich doświadczeń chemicznych. (Rzecz ta będzie drukowana w Przeglądzie Lek.).

W dyskusyi zabiera głos kol. prof. Blumenstok, podnosząc zaletę prób powyższych pod tym względem, że można je załączyć do akt sądowych, aby lekarze do rozprawy wezwani mogli naocznie przekonać się o słuszności orzeczenia.

5) Kol. prof. Obaliński mówi o przypadku ponownej laparotomii u chorego z skręceniem się jelit *(torsio)*. (Rzecz ta była ogłoszona w Przeglądzie Lek.). W dyskusyi biorą udział koll. Mikulicz i Warschauer. *Dr. Dobruchowski.*

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne zwyczajne IX z dnia 12 stycznia 1885 r.

1) Sekretarz Dr. Dobruchowski złożył sprawozdanie o składzie Towarzystwa i najważniejszych czynnościach w r. 1884 dokonanych. Według tego skład Towarzystwa przedstawia się w następujący sposób: Z końcem roku 1883 Wydawnictwo liczyło członków czynnych 140, prenumeratorów 46, członków honorowych 2, razem więc członków i prenumeratorów 188. W ciągu r. 1884 przybyło 3 członków czynnych, 12 prenumeratorów.—Zmarło 3 członków czynnych. Obecnie tedy Wydawnictwo liczy członków czynnych 140, prenumeratorów 58.

Zapowiedziana w roku 1883 Hydroterapija Dra Smoleńskiego została wydana i rozesłana członkom i prenumeratorom bezpłatnie jako premijum za rok 1883; oceny zaś pochlebne, jakie się ukazały w *Medycynie*, w *Roczniku medycyny krajowéj*, w *Przeglądzie Lek.*, wreszcie w *Gazecie Lekarskiéj* są najlepszą miarą wartości tego dzieła, które w godny sposób wypełniło potrzebę od dawna odczuwaną w literaturze polskiéj.

2) Na podstawie wniosku Komisyi, sprawdzającéj rachunki Towarzystwa z r. 1883, udzielono Wydziałowi Wydawnictwa absolutoryjum za r. 1883.

3) Do sprawdzenia rachunków z r. 1884 i stanu majątku wybrano Komisyję złożoną z Dra Bętkowskiego i Dra Buszka.

4) Podskarbi Wydawnictwa Doc. Dr. Grabowski przedłożył sprawozdanie kasowe, z którego okazuje się: Dochód Wydawnictwa w roku 1884 wynosił 1.107 złr. 14 kr. (a mianowicie: składki wstępne 20 złr., składki roczne 274 złr. 59 kr., dar jednego z członków 10 złr., odsetki funduszu ogólnego 116 złr. 10 kr., odsetki funduszów poszczególnych dzieł 74 złr. 41 kr., dochód z rozsprzedaży dzieł 612 złr. 4 kr.) Rozchód wynosił 226 złr. 68 kr. (a mianowicie: koszta wydania Hydroterapii 210 złr. 58 kr., rozsełka dzieła 14 złr. 28 kr., wydatki pocztowe i kancelaryjne 1 złr. 82 kr.). Pozostała więc z roku 1884 nadwyżka w kwocie 800 złr. 46 kr. — Majątek Wydawnictwa z dniem 1 stycznia 1885 składa się: 1) z funduszu głównego, który umieszczony jest: *a)* w obligacyjach $4\frac{1}{2}\%$ pożyczki krajowéj wartości nominalnéj 600 złr., zakupionych za 540 złr., *b)* w książeczkach wkładkowych Zakładu kredytowego ziemskiego na 2.001 złr. 60 kr.; 2) z funduszów poszczególnych dzieł, w których mieszczą się tak zwroty nakładu przez rozsprzedaż dzieł, jakotéż narosłe procenta, umieszczonych w książeczkach Zakładu kredytowego ziemskiego. Fundusze te wynoszą: dzieło Steinera 486 złr. 13 kr., Jurasza 188 złr. 75 kr., Widmanna 175 złr. 11 kr., Rothego 271 złr., Jordana 285 złr. 42 kr., Krówczyńskiego 363 złr. 13 kr. i Smoleńskiego 7 złr. 69 kr.; 3) z zapasu papieru wartości 178 złr. 25 kr.; 4) z zaległych wkładek członków i prenumeratorów; 5) z dzieł nierozsprzedanych. Gotówką posiada więc Wydawnictwo w dniu 1 stycznia 1885 złr. 4.308 i kr. 83, tj. o 880 złr. 46 kr. więcéj aniżeli z końcem 1883 roku.

5) Przewodniczący zawiadomił o wyniku konkursu imienia śp. Romana Kowalewskiego, i powtórzył w streszczeniu sposób w jaki konkurs ten przyszedł do skutku.

Ponieważ do pierwotnego konkursu ogłoszonego w Nrze 4 Przeglądu Lek. z r. 1880 do dnia 1 grudnia 1881 r. nikt nie zgłosił żadnéj pracy, przeto w porozumieniu z Dr. Wł. Matlakowskim, ogłoszony został w Nrze 14 Przeglądu Lek. z r. 1882 ponowny konkurs z terminem do dnia 1 grudnia 1883. W tym terminie nadesłali dwaj autorowie swe dzieła wydane przez Wydawnictwo krakowskie: Dr. Krówczyński Syfilidologiję i Dr. Smoleński Hydroterapiję. Ponieważ sąd konkursowy, który składał się z prezesa Wydawnictwa, wybranego przez Komitet Wydawnictwa, z prof. Dra Rosnera, wybranego przez Towarzystwo lekarskie krakowskie i z Dra Wł. Matlakowskiego, wybranego przez obydwu powyższych sędziów, orzekł, że obydwa dzieła w równéj mierze zasługują na nagrodę, przeto oba nagrodzone zostały w dniu 4 października 1884 r. w równéj części połową kwoty konkursowéj, która przez procenta urosła do sumy 185 złr. 30 kr. w. a.

Przewodniczący Wydawnictwa, podając do wiadomości ten wynik konkursu, poświęca kilka serdecznych słów wspomnienia dla śp. Romana Kowalewskiego, który gasnąc zawcześnie dla nauki i kraju nie zapomniał nagrodę swą naukową przeznaczyć w spuściźnie na poparcie ruchu naukowego, jak nie mniéj wyraża podziękowanie Drowi Wł. Matlakowskiemu, że wykonywając ostatnią wolę umierającego kolegi krakowskiemu Wydawnictwu dzieł lekarskich nagrodę konkursową przeznaczyć raczył.

Dr. Dobruchowski, sekretarz.

VI. Maciej Józef Brodowicz.

Rys bijograficzno-historyczny.
Skreślił
Prof. Dr. Józef Oettinger.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

Nie wiele potrzeba było czasu, aby sława przybyłego profesora z klinicznéj sali dotarła aż do najodleglejszych zakątków rzeczypospolitéj i postać jego otoczyła niepospolitym urokiem, ścielącym drogę do szerszych wpływów i coraz większego znaczenia. Odbywało się to śród osobliwych zdarzeń, jakie odgrywały się na téj szczupłéj, lecz różnym losom podległéj widowni. Kraków ówczesny acz z imienia i ustawy pisanéj winien być ściśle neutralny, nie mógł się rzeczywiście na to stanowisko zdobyć w obec nieugiętych praw przyrody i narzuconych przemocą stosunków. Nie mógł przecież zawisnąć w powietrzu lub przenieść się na odludną wyspę, by zerwać z jednéj strony przyrodzone związki krwi, a z drugiéj uchronić się od nacisku potężnych a opiekuńczych sąsiadów, przekraczającego bez oporu ciasne a słabe rogatki graniczne. Przewodziły też na przemian różne wpływy zewnętrzne.

Do roku 1831 miał przewagę, zwłaszcza na polu pu-

blicznego wychowania, sąsiad północny, który tu zesłał swego pełnomocnika w osobie hr. Józefa Załuskiego, pułkownika i adjutanta W. księcia Konstantego. Tenże piastowawszy przez trzy lata mimo nieobecności swéj nominalnie berło rektorskie, zjechał w r. 1826 dla objęcia kuratoryi generalnéj zakładów naukowych w myśl statutu opracowanego przez senatora Nowosilcowa, podobną godność i władzę pełniącego nad Uniwersytetem wileńskim a konserwatora tutejszéj szkoły głównéj.

Przypomnieć na tém miejscu trzeba, że starożytny Uniwersytet Jagielloński miał sobie wtedy przyznane i poczytane za wielki przywilej prawo wyboru, według otrzymanego z góry nakazu, trzech konserwatorów a mianowicie po jednym z pośród najwyższych dostojników każdego z trzech opiekuńczych dworów, którzy znowu raczyli dać się tu zastępować, każdy przez wskazanego profesora, zyskującego przez to miejsce i głos stanowczy w Radzie Wielkiéj Uniwersytetu. Ze strony Austryi był takim dygnitarzem wszechwładny książę Metternich, którego tu reprezentował prof. Mikołaj Hoszowski, późniéj Brodowicz, z ramienia Prus książę Antoni Radziwiłł, namiestnik królewski W. księstwa poznańskiego, a po nim z kolei ministrowie Ancillon i Werther, zastępowani pierwszy przez p. Adama Krzyżanowskiego, dwaj ostatni przez prof. Weissego; Nowosilcowa zaś jako konserwatora rosyjskiego wikaryjuszem tutejszym był zrazu prof. chemii Markowski, późniéj kurator Załuski, spełniający tu ślepo jego rozkazy.

Brodowicz zamieniwszy obywatelstwo austryjackie na krakowskie zachował przywiązanie do rządu, pod którym się wychował i wykształcił, lecz z poczucia obowiązku i z zasady szanowania podstawy legalnéj poślubił wierność nowemu, który mu nastręczył sposobność służenia ziemi przodków. Stał się więc jedynym może, szczerym patryjotą krakowskim. Czy ten ciasny patryjotyzm w duchu rozszerzył? tém trudniéj odgadnąć, ile że z tém zdradzić się nie śmiał bez narażenia swego stanowiska i związanych z niém rzetelnych zamiarów. Bystry dostrzegacz odkryłby może po za spokojną wierzchnią falą życia ślady głębszych burz i ukrytych zapasów wewnętrznych; bo nie dano synowi ujarzmionego kraju kroczyć drogą szeroką, wygodną śmiało i otwarcie do celów niewinnych a zbawiennych, lecz skazany jest na łamane sztuki po naprężonéj wąskiéj linie wytężonéj przezorności, by nie stracić równowagi i nie skręcić karku zlatując w przepaść z narażeniem z jednéj strony godności własnéj, lub z drugiéj dogodnego pola skutecznego działania, ściganego ustawicznie argusowém okiem uprzedzonéj podejrzliwości. W obec przewagi wpływów rosyjskich w duchu Nowosilcowa wyobrażał Br. dążność ku urządzeniom austryjackim, która tamte ile możności hamować a nawet całkiem wyprzeć usiłowała. W téj zręcznie a z dyplomatyczną ogładą prowadzonéj walce starał się on atoli uwzględniać, ile się dało, pod uprawnionym i legalnym tytułem potrzeb miejscowych, wymagania także narodowe.

Na tém tle dziejowém i miejscowém działalność przybyłego profesora w należytém czystém ukazuje się świetle bez jaskrawéj przesady z jednéj i bez zasłaniających cieniów z drugiéj strony. Ogarniała ona stopniowo zakres coraz rozleglejszy: od katedry do całego Wydziału lekarskiego, do Uniwersytetu, szpitali i wszystkich zakładów naukowych.

Przedewszystkiém ujął on w silną dłoń klinikę lekarską, którą przekształcił i dźwignął, ba wyzwolił z pod krępujących jéj rozwój więzów duchowych i materyjalnych. Z jasną świadomością celów i środków i z tą żelazną wolą, umiejącą najskuteczniéj ich używać, przepisał i wprowadził ze ścisłą dokładnością tryb zajęć naukowych, lekarskich i służbowych wyznaczając każdemu z osobna jego zadanie i czuwając nad jego ścisłém wypełnianiem. Celem powiększenia materyjału obserwacyjnego obok kliniki stałéj stworzył i urządził ambulatoryjną. A do całego zakładu wprowadził ducha pracy, ładu i karności.

Cel i zakres nauki pojmował i przestrzegał w granicach wykładu i ćwiczenia propedeutycznego a przeważnie praktycznego, mającego kształcić lekarzy wykonawczych w zetknięciu z pospolitemi chorobami. Nie chodziło mu tyle o rozwiązanie wyższych zagadnień naukowych, o rozszerzenie granic wiedzy nowemi odkryciami i wynalazkami, ile raczéj o zastósowanie nabytego doświadczenia do potrzeby cierpiących. Starał się też wprawiać uczniów do spełniania obok wymagań naukowych także i etycznych a przypominał w tém zasadę Hippokrata, iż całego chorego mającego byt rzeczywisty, niewątpliwy, stawiał wyżéj, niż pokonanie saméj choroby, będącéj częstokroć pojęciem tylko, co do istoty zmienném, a nierzadko urojoném. Wychował też kilka pokoleń dobrych i poszukiwanych lekarzy, którzy dla swego mistrza żywili zawsze pełne czci i wdzięczności wspomnienia.

W systematycznym wykładzie z katedry trzymał się stale swych mistrzów i wzorów Hildenbranda i Raimanna, z niewzruszoną wiarą dogmatyka, przekonanego o nieomylności niemal przyswojonych zasad. Nie był więc skory do przyjmowania jakichbądź nowości a tém mniéj do udzielania ich swoim uczniom. „Trzymałem się,“ jak zeznaje na str. 34 swojego Poglądu ogólnego, „zasad racyjonalno-empiriycznych, a idąc za przykładem moich zacnych nauczycieli i szczęśliwych oraz praktyków unikałem wszelkiego sekciarstwa jakiejbądź formy i daty. Dlatego rzadko kiedy czyniłem zwłaszcza przy łóżkach wzmiankę o różnorodnych hypotezach, jakie sobie w tych względach powymyślały różne tak zwane szkoły lekarskie, ani się nie wdawałem w ich rozbiór i krytykę. Czyniłem zaś tak głównie z téj prostéj uwagi, że tego należycie zrozumieć nie potrafiliby ci, którzy na klinice uczą się dopiero praktycznego że tak powiem abecadła“.....

Na str. 29 mówiąc o swojéj terapii tak się wyraża: „w téj najważniejszéj i najtrudniejszéj sprawie mojego lekarskiego i nauczycielskiego powołania byłem w najściślejszém znaczeniu starowiercą zrazu na gołe słowo moich starych mistrzów a następnie z przekonania własném doświadczeniem nabytego i ciągle stwierdzanego, które radbym był przelać we wszystkich moich uczniów. Oto wierzyłem i wierzę dotąd jak najmocniéj w siłę, którą starzy fizyjologowie i patologowie nazywali żywotną — *vis vitalis*.“..... zeznanie to jest świadectwem nie tyle wzmiankowanych w niém zasad racyjonalno-empirycznych, nie wyłączających bynajmniéj nowych odkryć, wynalazków i metod badania, ile owego zaczerpniętego już z lat nauki uniwersyteckiéj kierunku dogmatyczno-racyjonalnego, przywięzującego się uporczywie do przyjętego raz za nieomylny pewnik twierdzenia.

Naukowy ten stabilizm wówczas jeszcze mniéj widoczny, bo zgodny z prądem panującym nie hamował bynajmniéj jego dalszéj a zbawiennéj działalności reformatorskiéj.

Naukowe przeobrażenie kliniki doznawało przeszkody w ciasnocie fizycznéj i administracyjnéj, w zależności od

duchownego zakonu hamującéj nieodzowną dla nauki swobodę. Jął się więc Br. sprawy wyzwolenia zakładu naukowo-lekarskiego z właściwą sobie dzielnością, niezużoną wytrwałością i bystrym rozumem opierając się na nakazie pierwszéj komisyi organizacyjnéj z r. 1816 wydobytym z zapomnienia i udaremnionym „z różnych niechlubnych przyczyn", jak w Przeglądzie ogólnym str. 130 wspomina, popierających niesłuszne roszczenia zakonnic, które powołane do obsługi chorych przemieniły się wkrótce na władczynie nieograniczone nie tylko szpitala, ale i oddziałów klinicznych.

Przyszedł mu w pomoc tyfus zjadliwy, który go samego i 4ch uczniów nagabnął i całe miasto trwogą napełnił. Zdarzenie to, które pochwycił nieubłagany przeciwnik Dr. Soczyński, by zwycięzkiemu niegdyś współzawodnikowi dokuczyć poleconém dla niego, lecz nadaremnie ścisłém zamknięciem czyli kwarantaną w domu, przyczyniło się wielce do przyspieszenia i pomyślnego uwieńczenia rozpoczętych zachodów a dnia 22 listopada 1827 nastąpiło uroczyste poświęcenie i otwarcie samodzielnéj odtąd kliniki w opróżnionéj loży wolnych mularzy, Uniwersytetowi na ten cel odstąpionéj, gdzie się dotąd jeszcze acz z żalem obecnych jéj przewodników mieści. Dzisiaj albowiem, lubo od r. 1843 budynek jest o wiele większy niż był wówczas, nie wystarcza on już wzrosłym potrzebom naukowym, wtedy zaś wydawał się przestronym pałacem w porównaniu z malemi klitkami klasztornemi i z krępującą ruch naukowy regułą zakonną. (C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w ciągu stycznia 1885.

Tyfus brzuszny, który w grudniu r. z. sprawdzono w 29 miejscowościach 21 powiatów u 756 chorych, rozszerzył się w styczniu b. r. na 76 miejscowości 38 powiatów; do 264 chorych pozostałych z końcem grudnia w leczeniu przybyło w styczniu 1430 osób, tak iż w tym miesiącu leczono ogółem 1694 chorych, z tych wyzdrowiało 890 osób czyli 52·5%, umarło 127 czyli 7·5%, pozostało na luty 677 chorych czyli 40%; w grudniu procent śmiertelności równał się 9·1% w listopadzie tylko 6%. Najwięcéj nawiedzonych tą chorobą gmin było w powiecie rawskim (8 gmin), w sąsiednim jaworowskim 5 gmin, także w sąsiednim mościskim 4 gmin, daléj w przemyskim, łancuckim, skałackim, horodeńskim i sokalskim po 3 gmin, w innych 30 powiatach były tylko jedna lub dwie gminy tyfusem brzusznym nawiedzone. Największa ilość chorych w styczniu była w gminie Oknie w powiecie skałackim (86 chorych), w Jazowie starym (66) w powiecie jaworowskim, tyleż w Niedźwiedzy w pow. drohobyckim i w Nienadowy (63) w powiecie przemyskim.

Tyfus plamisty, który z końcem listopada tylko w jednéj miejscowości panował, rozszerzył się w grudniu na 11 miejscowości sześciu powiatów, z śmiertelnością = 12·9%. W styczniu rozszerzył się tyfus plamisty jeszcze bardziéj a mianowicie panował w 22 miejscowościach trzynastu powiatów. Najwięcéj, bo 5 gmin, jest nawiedzonych w powiecie samborskim i w tym téż powiecie najwięcéj chorych na luty pozostało; w powiecie rohatyńskim, w którym w grudniu tyfus plamisty najwięcéj był rozszerzonym wygasł on zupełnie. Większą ilość chorych (wyżéj 30tu) stwierdzono w jednéj gminie powiatu stanisławowskiego, staromiejskiego, mościskiego, rzeszowskiego i dolińskiego. Z 404 leczonych w styczniu chorych wyzdrowiało 178, czyli 47·1%, umarło 32, czyli 7·9%, pozostało na luty 194, czyli 48%.

Dyfteryja wygasa, a w ogóle w ciągu bieżącéj zimy nie przybrała nigdzie groźniejszych rozmiarów, tak iż z jedynym wyjątkiem powiatu kołomyjskiego, w którym w listopadzie, w grudniu r. z. i w styczniu r. b. w kilku gminach panowała, w wszystkich innych powiatach wystąpienie jéj było czysto sporadyczném. Z 128 w styczniu leczonych chorych wyzdrowiało 88, czyli 68·8%, umarło 31, czyli 24·2%, pozostało na luty tylko w dwu miejscowościach 9 chorych, t. j. w mieście Rawie ruskiéj 6ciu, a w jednéj gminie powiatu kołomyjskiego trzech. Sądząc z przebiegu téj choroby w latach poprzednich można się spodziewać, iż przed jesienią nie pojawi się ona z większém jak obecnie nasileniem.

Szkarlatyna, która w pierwszéj połowie grudnia groźniéj wystąpiła, w końcu zaś tegoż miesiąca złagodniała, w ciągu stycznia nie zmieniła téj cechy łagodnéj; najwięcéj rozszerzoną jest ta choroba w powiecie rzeszowskim i graniczącym z nim pow. łancuckim, także w obu sąsiednich powiatach krakowskim i bocheńskim. W ogóle zaś sprawdzono szkarlatynę w 39ciu miejscowościach (w grudniu 46) w 23 powiatach (w grudniu 25); z 1014 leczonych chorych wyzdrowiało 616, czyli 60·7%, umarło 77, czyli 7·6%, pozostało w leczeniu na luty 321 chorych, czyli 32%, w 21 miejscowościach.

Dysenteryja, która w styczniu tylko w jednéj gminie powiatu złoczowskiego panowała, wygasła w całym kraju.

Odra wzmagająca się stale od jesieni, w ciągu stycznia nieco utraciła na rozszerzeniu, sprawdzono ją w tym miesiącu w 75 gminach, 32 powiatów u 4080 chorych, w grudniu było 4884 chorych. W powiecie krośnieńskim sprawdzono ją w sześciu miejscowościach, po 5 miejscowości było nawiedzonych tą chorobą w powiecie bialskim i sąsiednim żywieckim, daléj w jarosławskim, rzeszowskim, husiatyńskim, po 4 gminy w jasielskim i śniatyńskim, w innych powiatach mniéj. Z 4080 leczonych chorych wyzdrowiało 2909, czyli 71·3%, umarło 211, czyli 5·2%, pozostało na luty 960, czyli 23·5%.

Krztusiec, który w grudniu bardzo był rozszerzony, w ciągu stycznia mniéj był rozpowszechnionym i mniéj złośliwym. Z 4276 leczonych chorych wyzdrowiało 2519 (58·9%), umarło 138 (3·2%), pozostało na luty 1619 (37%).

Ospa nieco tylko więcéj rozszerzyła się w styczniu jak w miesiącu poprzednim, i tak podczas gdy w grudniu stwierdzono ją w 36 gminach piętnastu powiatów, w styczniu panowała w 40 miejscowościach 17tu powiatów głównie w powiecie grodeckim, daléj w dawnym okręgu sandeckim, mianowicie w gorlickim, sandeckim, limanowskim, grybowskim i nowotarskim, niemniéj w powiecie tureckim i dolińskim; i w mieście Lwowie. Najwięcéj przypadków choroby było w mieście Nowym Sączu 79, daléj w gminie Dziedziłowie 58 w powiecie kamioneckim, w mieście Rohatynie 50, w mieście Bochni 35, w Moszczenicy 34 w powiecie gorlickim, w Stopnicy 30 (w powiecie limanowskim), w mieście Dolinie 27. Najwięcéj przypadków śmierci w styczniu z ospy było w N. Sączu (22), daléj w mieście Dolinie (17), w Bochni 10, w Rohatynie 9.

W ogóle z 646 leczonych w styczniu chorych ospowych wyzdrowiało 248 szczepionych a 125 nieszczepionych, czyli 70·3% i 42·7%, umarło zaś szczepionych 16, nieszczepionych 83, czyli 4·5% i 28·3%. Na luty pozostało w leczeniu 89 osób szczepionych a 85 nieszczepionych w 23 gminach, a to przeważnie w okręgu sądeckim.

Lwów dnia 13 lutego 1885.

Dr. Józef Merunowicz.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 1—7 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 40.8. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 1 (2 z. t.); z błonicy 5 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach błonicy, 4 płonicy, 2 duru brzusznego. W tygodniu od 25—31 stycznia umarło w Londynie z ospy 29, leczyło się 1244, świeżo zapadło 275. Z ospy umarło po 1 w Warszawie, Kopenhadze, Alaksandryi; po 2 w Pradze, Liwerpolu, Madrycie; po 3 w Bazylei, Paryżu i Petersburgu; 4 w Madrasie, 5 w Rzymie; po 6 w Odesie i Wenecyi; 8 w Wiedniu, 17 w Lizbonie. Odra panuje w Kopenhadze, płonica w Amsterdamie, błonica w Warszawie, Stokholmie i Chrystyjanii. Z duru osutkowego umarło w Amsterdamie i Londynie po 1, w Madrycie 7. Z cholery umarło od 6—12 grudnia w Madrasie 48, w Kalkucie od 7—13 grudnia 21, w Bombayu od 17—23 grudnia 5.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 25—31 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 63,0; w Warszawie 32,7; w Poznaniu 22,6; w Wiedniu 32,4; w Budapeszcie 28,0; w Pradze 32,3; w Ber-

linie 26,0; w Hamburgu 28,6; w Gdańsku 33,4; w Wrocławiu 30,6; w Mnichowie 35,5; w Dreźnie 25,6; w Lipsku 26,2; w Bazylei 28,7; w Brukseli 31,0; w Amsterdamie 29,6; w Hadze 28,9; w Paryżu 28,3; w Londynie 24,1; w Kopenhadze 29,2; w Stokholmie 25,4; w Chrystyjanii 20,2; w Petersburgu 29,2; w Odesie 35,6; w Rzymie 27,6; w Wenecyi 31,8; w Bukareszcie 28,1; w Madrycie 47,6; w Lizbonie 33,6; w Aleksandryi 32,6; w Nowym Yorku 25,7; w Filadelfii 25,0; w Bombayu 28,2; w Madrasie 49,5. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 30 listopada do 6 grudnia 1884 zmarło osób 78, co odpowiada na rok i 1,000 m. 35,1. W tym czasie zmarło 4 osób z ospy, 3 z płonicy, 2 z błonicy, 2 z duru brzusznego.

W tygodniu od 7—13 grudnia 1884 zmarło 79 osób, co odpowiada na rok i 1000 mieszkańców 35·6. W tym czasie zmarło 5 osób z ospy, 3 z płonicy, 1 z błonicy, 1 z krztuśca, 1 z gorączki połogowéj.

W tygodniu od 14—20 grudnia 1884 zmarło 79 osób, co odpowiada na rok i 1000 m. 35,6. W tym czasie zmarło 7 osób z ospy, 1 z odry, 1 z błonicy, 1 z dławca, 2 z krztuśca, 1 z duru brzusznego.

W tygodniu od 21—27 grudnia 1884 zmarło osób 71, co odpowiada na rok i 1000 m. 32·0 W tym czasie zmarło 6 osób z ospy, 1 z płonicy, 2 z błonicy, 1 z dławca, 4 z duru brzusznego.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 19 lutego. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego prezes przedłożył egzemplarz okazałego dzieła pamiątkowego na cześć Hoyera w Warszawie wydanego, a przez wydawców Towarzystwu ofiarowanego, poczém kol. prof. Mikulicz mówił o obecnym stanie trądu w Norwegii, objaśniając wykład okazami fotograficznemi.

* **Warszawa**. Dr. Józef Peszke (Warszawa, Plac Zielony 1) ogłasza w *Gaz. Lek.* następujący list otwarty z prośbą, aby redakcyje pism lekarskich zechciały odezwę jego powtórzyć. Życzeniu temu niniejszém czynimy zadosyć:

„Już raz w roku ubiegłym za pośrednictwem *Gazety Lekarskiéj* zwróciłem się z prośbą do kolegów o łaskawe nadsyłanie na moje ręce krótkich swych życiorysów wraz z dokładnym wykazem prac swych drukiem ogłoszonych lub jeszcze w rękopisie pozostających, a to abym je mógł pomieścić w redagowanym przezemnie „Słowniku lekarzów polskich" ś. p. S. Kośmińskiego. Prośba ta przez Przegląd Lekarski w całości powtórzoną została, *Medycyna* także zwróciła na nią uwagę swych czytelników, przypuszczać więc wolno, że mało który lekarz polski jéj nie czytał, a pomimo to zaledwo kilkunastu kolegów zadość jéj uczyniło. Teraz gdy Słownik sam jest już wydrukowanym i gdy wykończam rękopis dopełnień do niego, chcąc, aby dzieło przedwcześnie zgasłego przyjaciela mego było o ile możności dokładném, raz jeszcze zwracam się do *Gazety Lekarskiéj*, prosząc o zamieszczenie tych słów kilku, któremi ponownie upraszam kolegów o nadsyłanie mi krótkich swych życiorysów wraz z dokładnym wykazem prac swych drukowanych. Chodzi mi głównie o prace ogłoszone w językach obcych lub książkach, broszurach albo téż pismach peryjodycznych nielekarskich, których odnalezienie częstokroć dla biblijografa nieprzezwyciężone przedstawia trudności; nadsyłanie tytułów prac drukowanych w pismach lekarskich polskich jest zbyteczném.

Ponieważ druk dopełnień już wkrótce rozpoczętym zostanie, więc ci z kolegów, którzy raczą prośbę mą uwzględnić, niechaj się łaskawie pospieszą z nadsyłaniem swych życiorysów oraz notatek biblijograficznych".

* **Wiedeń**. Wszystkie pisma lekarskie a nawet dzienniki polityczne rozpisują się nad faktem smutnym uprawnienia przez Rząd szalbierstwa. Niejaki Oberhauser, wieśniak tyrolski, od pewnego czasu osiadł w Goisern pod Ischlem trudniąc się leczeniem złamań i zwichnień; w roku przeszłym za szalbierstwo połączone ze szkodą dla chorego skazany został przez Sąd powiatowy w Ischlu na 3 tygodnie aresztu, wyrok ten potwierdzony został przez Sąd obwodowy w Wels, kara jednak w drodze łaski odpuszczoną została. Obecnie tenże sam Oberhauser uzyskał na podstawie rozporządzenia Ministerstwa spraw wewnętrznych pozwolenie „wyjątkowe do leczenia złamań, zwichnień i stłuczeń bez środków wewnętrznych, a to ze względu na istniejące stosunki i uzdolnienie empiryczne, dowiedzione licznemi świadectwami". Bardzo słusznie pytają się powszechnie, czy referent spraw lekarskich i najwyższa Rada zdrowia wiedzieli o tém pozwoleniu, a jeżeli nie, co zamierzają uczynić. Jestto precedens bardzo smutny i jedyny w swoim rodzaju, a co ważniejsza, sprzeczny z art. 343 ustawy karnéj.

* **Berno** szwajcarskie. Prof. Marceli Nencki badając hematynę otrzymał ciało białkowate w postaci krystalicznéj, które na cześć kraju swego nazwał Warsowinem. (*Gaz. Lek.*)

* **Mianowania i odznaczenia**. Tajny radzca rządowy Dr. Köhler mianowany został dyrektorem niem. urzędu zdrowia w Berlinie.

* **Nekrologija**. W Pradze czeskiéj umarli docent Dr. Popper i asystent przy katedrze medycyny sądowéj w Wydziale niem. Dr. Beck; w Gryfii profesor botaniki Dr. Juliusz Münter w 70 roku życia; w Bonnie Dr. Velten, który aż do 80 roku życia swego był zawołanym praktykiem; w Wiesbadenie balneolog Dr. Roth, który cały swój majątek, wynoszący ¼ milijona marek, zapisał dla chorych potrzebujących leczenia w Wiesbadenie i Schwalbach.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 7: Holzmanna: (z pracowni prof. Dogiela w Kazaniu): O krzepnieniu krwi (c. d.); Schramma (z kliniki prof. Mikulicza w Krakowie): Wyniki leczenia jodoformem ran łączących się z jamami i otworami ciała (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 7: Florkiewicza: Trzy przypadki powikłanego przymiotu spóźnionego.

Redakcyja otrzymała:

Fifty-ninth Auvual report of the Massahusetts charitable eye and ear infirmary for the year 1884 Boston. in 8vo str. 43.

Piśmiennictwo lekarskie. GENZMER A. Lehrbuch der speciellen Chirurgie als Einführung in die chirurgische Praxis. 1 Abth. Mit 31 Abb. gr. 8. Braunschweig, Wreden. M. 8.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 28 lutego 1885. № 9. Rok XXIV.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra. Mikulicza w Krakowie.

Przyczynek do nowotworów szczęki.

Podał Dr. Rudolf Trzebicky.
asystent téjże kliniki.

Podając niniejszy przypadek do wiadomości zamierzam przyczynić się w części do statystyki rzadszych nowotworów szczęki, których powstanie, o ile na podstawie dotychczasowych badań osądzić można, w ścisłym pozostaje związku z rozwojem zębów. Z pomiędzy licznych nowotworów szczęki wykazano podobną etyjologiję dotychczas przeważnie dla tak zwanych cyst zębowych. Torbiele te jużto jednojużteż wielo-komorowe zdarzają się nie rzadko przeważnie w szczęce górnéj i zawierają, jak wiadomo, oprócz treści bardzo rozmaitego składu i wejrzenia także i szczątki korzeni zębowych lub też nawet całe zęby. Magitot (*Mémoires sur les kystes des machoires.* Paris 1873) dzieli te torbiele na dwa główne działy: pęcherzykowe i okostnowe. Pierwsze zawdzięczają swe powstanie zwyrodnieniu zarodka zębowego, drugie zaś powstają w skutek nagromadzenia się jakiejś treści w przestrzeni pomiędzy okostną zęba a jego korzeniem. Magitot wyraźnie jednak twierdzi, że zarodek szkliwny w rozwoju torbieli wcale nie bierze czynnego udziału, lecz że torbiele rozwijają się tylko z zarodka zębowego, podczas gdy zarodek szkliwny w swym dalszym rozwoju bywa powstrzymywanym i ulega zwyrodnieniu. Falkson (*Archiw Virchowa T. 76 Zur Kenntniss der Kiefercysten*) pierwszy opisał nowotwór szczęki dolnéj, gdzie wśród tkanki łącznéj, miejscami kostnéj, znajdowały się liczne charakterystycznie ułożone komórki przybłonkowe, których powstanie Falkson odnosił do nieprawidłowego rozwoju organu szkliwnego. Podobne przypadki opisali późniéj Bryk (*Archiw Langenbecka T. 25. Zur Casuistik der Geschwülste,*) który nowotwór ten nazwał *Proliferirendes foliculäres Zahncystom*, i Bajer (*Prager med. Wochenschrift 1884 Nr. 39—41. Zur Statistik der Kiefergeschwülste*), a my w zeszłym roku szkolnym mieliśmy sposobność obserwowania w naszéj klinice również, ile z badania drobnowidowego wnosić można, podobnego przypadku.

K. T. wieśniaczka l. 36, licząca, pochodzi z rodziny zupełnie zdrowéj i sama nigdy cięższych chorób nie przebywała. O ile pamięta, miała w 20. roku wszystkie zęby tak, że żadnego nie brakowało. Przed 15 laty powstał po wyrwaniu pierwszego lewego dolnego zęba trzonowego na szczęce dolnéj po stronie zewnętrznéj mały guz twardy, niebolesny, odpowiadający swém usadowieniem dwom pierwszym zębom trzonowym. Guz ten rósł bardzo wolno i nie sprawiając choréj innych dolegliwości prócz utrudnienia otwarcia ust doszedł do obecnéj wielkości.

W dniu przyjęcia choréj do kliniki chirurgicznéj znaleziono stan następujący: Osoba miernie odżywiona, zresztą zupełnie zdrowa. Lewa połowa twarzy mocno obrzmiała z powodu guza wielkości dużéj pięści dorosłego mężczyzny, sięgającego ku górze aż do łuku jarzmowego i zewnętrznego przewodu słuchowego, ku dołowi zaś do dolnego brzegu szczęki dolnéj; ku tyłowi sięgał obrzęk aż do kąta szczęki ku przodowi prawie do kąta ust. Skóra nad całym guzem zupełnie prawidłowa, przesuwalna; sam zaś guz zupełnie nieruchomy, z szczęką dolną ściśle zrośnięty, porusza się tylko przy ruchach szczęki razem z nią. W dolnéj części konsystencyja guza zbita, w górnéj nieco miększa, nie bardzo wyraźnie chełbocząca. W górnéj też części miejscami można było wykazać tak zwane trzeszczenie pergaminowe. Przy badaniu przez jamę ustną można się było przekonać, że cała przestrzeń pomiędzy licem a dziąsłami po stronie lewéj aż po kieł, jak nie mniéj i same dziąsła były zajęte przez guz twardy z błoną śluzową mniéj lub więcéj zrośnięty; szczyt dziąseł wystawał z guza jako grzyb na powierzchni lekko owrzodziały. Brzegi owrzodzenia ostre, niepodminowane ani też niewywinięte. Od strony językowéj dziąsła w miejscu odpowiadającém zębom dwukłciowym pra-

widłowe, daléj ku tyłowi ku wewnątrz wypuklone i w jedném miejscu także nieznacznie owrzodziałe. Zębów trzonowych nie było wcale; zęby dwukłciowe oba bardzo słabe osadzone wśród masy nowotworowéj chwiały -się mocno. Poniżéj kąta szczęki dolnéj można było od zewnątrz wyczuć dwa gruczoły twarde, przesuwalne, wielkości fasoli.

Rozpoznano na podstawie tego wyniku badania chrzęstniak lub mięsak szczęki dolnéj, którego górną część stanowił torbiel ścianami kostnemi ograniczony i postanowiono wyłuszczyć nowotwór wraz z całą lewą połową szczęki dolnéj.

Dnia 5 listopada 1883 przystąpił prof. Mikulicz do operacyi. Poprowadziwszy cięcie przez skórę wzdłuż dolnego brzegu szczęki dolnéj aż na 1—2cm. poza kąt téjże wyłuszczył naprzód oba gruczoły. Od tego miejsca preparując przeważnie nożyczkami odsłonił ze wszech stron guz przeciąwszy wszystkie prawie mięśnie dna jamy ustnéj, jak nie mniéj i mięśnie lica. Błonę śluzową jamy ust przecięto dopiero teraz po zupełném odsłonięciu guza. Piłką łańcuszkową przepiłował prof. Mikulicz szczękę tuż poza siekaczami utorowawszy poprzód piłce przystęp przez wyrwanie kła. Przecinając daléj przyczepienie mięśnia skroniowego do wyrostka wroniastego nadwerężył prof. Mikulicz zcieńczałą ścianę torbiela, stanowiącego górną połowę guza, w skutek czego wypłynęło kilkanaście gramów płynu lepkiego, brunatno czarnego, do czarnéj kawy podobnego. Samo wyłuszczenie w stawie było dość trudném, gdyż cała dolna część ramienia szczęki była do tego stopnia zcieńczałą, że jéj kleszczami nie można było chwycić, gdyż kruszyła się natychmiast. Górna zaledwie część tuż poniżéj wyrostków była zdrową, uchwycił ją téż prof. Mikulicz kleszczami Faraboeufa i wyłuszczył ze stawu. Dość znaczny krwotok zatamowano po części przez podwiązanie, po części przez wytamponowanie całéj rany paskami gazy jodoformowéj, których końce wyprowadzono przez ranę na zewnątrz. Samą ranę zespojono tylko w kątach kilkoma szwami węzełkowemi. Pozostały zaś wolny brzeg szczęki dolnéj przypalono energicznie termokauterem, gdyż nowotwór sięgał prawie do miejsca przepiłowania. Ponieważ część operacyi odbyła się wewnątrz jamy ustnéj, przestrzegano przeto wszelkich znanych powszechnie ostrożności ze względu na niebezpieczeństwo aspiracyi krwi wśród operacyi a wydzieliny rannéj wśród leczenia następowego. Ranę całą wypełniono gazą jodoformową.

Dalszy przebieg podczas kilku pierwszych dni był dość burzliwy. Chora gorączkowała znacznie (ciepłota do 39·5) a trzeciego dnia pojawił się znaczny obrzęk brzegów rany jak niemniéj i całéj lewéj połowy twarzy. Usunięto w obec tego część gazy jodoformowéj z rany i przyłożono na całą okolicę obrzękłą okład wysychający z octanu glinowego. Połykanie od samego początku było tylko bardzo nieznacznie utrudnione, tak że chora już na drugi dzień sama mogła się odżywiać. Z końcem pierwszego tygodnia wystąpiły, mimo przestrzegania wszelkich ostrożności, objawy zapalenia płuc w płacie dolnym prawym, które dopiero po 5 dniach ustąpiły. Zresztą przebieg gojenia się nie przedstawiał nic szczególniejszego. 10go dnia po operacyi wyjęto całą gazę z rany i zastąpiono świeżą nie wypełniając jednak już tak szczelnie całéj jamy. Odtąd zmieniano tę gazę co 6—7 dni. Rana zewnętrzna ściągała się coraz bardziéj tak, że nie trzeba było nawet myśleć o odświeżeniu brzegów i następowém ich zespojeniu. To téż pacyjentka 5go grudnia opuściła klinikę zupełnie wyleczona.

Guz wyjęty ważył około 300 gramów, był więc znacznie mniejszy niż w przypadku Falksona i Bryka. Składał on się z 2ch części. Dolna wielkości jaja gęsiego, zajmująca trzon szczęki dolnéj od 1go zęba dwukłciowego aż mniéj więcéj do miejsca odpowiadającego usadowieniu drugiego zęba trzonowego, była twarda, na powierzchni zewnętrznéj kością pokryta. Na przekroju widać było wśród szaréj masy dość miękkiéj, zawierającéj jednak miejscami i delikatne beleczki kostne, liczne jużto mniejsze, jużteżto większe przestwory wypełnione cieczą lepką, ciągnącą się, na powietrzu, niekrzepnącą, do gumy arabskiéj podobną, która bardzo łatwo z pośród tkanki otaczającéj dawała się usunąć. Niektóre z tych torbieli były tak drobne, że je gołém okiem ledwie było można spostrzedz, inne dosięgały wielkości grochu i fasoli. Górną połowę guza stanowił torbiel jednokomórowy (już podczas operacyi nadwerężony), wielkości jaja kurzego, ograniczony ścianami miękkiemi, wśród których miejscami znajdowały się jeszcze cienkie blaszki kostne, jako pozostałość z dolnéj części ramienia wstępującego szczęki dolnéj. Wnętrze tego torbieła zupełnie gładkie było zewsząd wyścielone przybłonkiem wałeczkowym, miejscami w brukowy przechodzącym. Górna część ramienia szczęki dolnéj, mianowicie wyrostek stawowy i wroniasty, była zupełnie utrzymana i pozostawała w związku z nowotworem za pomocą mocnéj tkanki łącznéj. (Dok. nast.)

II. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Kazuistyka sądowo- i policyjnolekarska.

IX.

Przyczynki do diagnostyki śmierci z zaczadzenia. Kazuistyka.

Podał Dr. Ignacy Schaitter,
Demonstrator przy tymże Zakładzie i lekarz sądowy.

W opisie przypadku śmierci z zaczadzenia, ogłoszonym w Przeglądzie Lekarskim (1883, Nr. 24 i 25), uczyniliśmy wzmiankę o nowéj próbie, za pomocą któréj odróżnia prof. Salkowski krew ze zwłok zaczadzonego od krwi zwykłéj (*Zeitschrift f. physiol. Chemie* t. VII, z. 2). Obok uwag nad tą próbą wyraziliśmy nadzieję: „że jeżeli oddziaływanie wystąpi tak wybitnie po użyciu krwi zaczadzonego, jak występuje przy użyciu krwi zaprawionéj sztucznie tlenkiem węgla, stanowić będzie próba S. nowy cenny nabytek w diagnostyce sądowolekarskiéj.“ Pisząc wtenczas te słowa nie mieliśmy jeszcze sposobności przekonać się o wartości nowéj próby przy stole sekcyjnym; sposobność nadarzyła się nam w ciągu zeszłéj zimy, a rezultat uzyskany przy sekcyi zachęcił nas do podjęcia szeregu doświadczeń, mających na celu wydanie stanowczego zdania o nowém nieznaném dotąd zachowaniu się krwi zaczadzonych w obec odczynników chemicznych, a jeżeli rzecz okaże się praktyczną, o wyrobienie jéj stanowiska zasłużonego w nauce o zaczadzeniu i rozpowszechnienie w szerszych kołach lekarzy sądowych.

Chcąc wykonać tę próbę według wskazówki prof. Salkowskiego należy do zwykłéj rurki odczynnikowéj nalać $^1/_3$ część wody nasyconéj gazem H_2S i dodać 2 lub 3 krople krwi badanéj; kłócąc nieco tę mięszaninę widać po chwili, że krew zaczadzonego nie zmienia prawie swéj barwy i pozostaje czerwoną, krew zwykła wśród takich samych warun-

ków barwi się zielonkowato. Mięszaniny takie zatopione w rurkach szklanych nie zmieniają barwy przez całe miesiące i lata, a może i nigdy, można je przeto załączać do aktów sądowych, jak się to czyni z innemi preparatami, uzyskanemi wśród dochodzeń sądowolekarskich. Już wtenczas badając krew sztucznie zaprawioną tlenkiem węgla przekonaliśmy się, że oddziaływanie występuje wybitniéj, jeżeli się doda 10 do 15 kropel krwi badanéj, chociaż i po dodaniu 2 lub 3 kropli jest ono widoczném; próbki zatopione w czerwcu 1883 r. przechowaliśmy po dziś dzień, a zdaje nam się, że reakcyja nie tylko że się nie zmieniła, lecz z czasem występuje coraz wybitniéj.

Celem doświadczeń naszych było dojść, czy próba Salkowskiego może zastąpić próbę spektralną, którą dotąd uważano za najczulszą, lub czy ma pewne zalety przed próbą spektralną. Do rozstrzygnięcia tych pytań posługiwaliśmy się dwojakiemi doświadczeniami — wśród pierwszych staraliśmy się wykazać tlenek węgla we krwi zwierzęcia żyjącego, któremu wśród oddychania mięszaniną tlenku węgla i powietrza upuszczono kilka kropel krwi. W tym celu sporządzono mięszaninę tlenku węgla (otrzymanego ze szczawianu amonowego) i powietrza w stosunku mniéj więcéj 5:100 objętości i za pomocą rurki połączonéj z gazometrem wprowadzono tę mięszaninę do tchawicy królika, starając się równocześnie, ażeby gazy wydechowe nie dostawały się napowrót do dróg oddechowych. Krew upuszczoną badano za pomocą przyrządu spektralnego i przekonano się, że próba Salkowskiego z krwią taką dawała tak samo rezultat dodatni jak badanie spektralne.

Aby wyrobić sobie pojęcie o względnéj czułości próby Salkowskiego, rozcieńczano stopniowo krew wysyconą tlenkiem węgla krwią zwykłą, biorąc np. najprzód równe ilości obydwóch gatunków krwi, następnie dodając do innéj próby więcéj lub mniéj krwi zwykłéj itd. Każdą z takich prób krwi dzielono na dwie części; na jednéj wykonywano próbę Salkowskiego, drugą poddawano badaniu spektralnemu i przekonano się, że jeżeli tylko mięszanina badana zawierała nieco krwi prawidłowéj, powstawała po dodaniu środka odtleniającego pomiędzy obiema smugami hemoglobinu tlenko-węglowego mniéj lub więcéj wyraźna smuga hemoglobinu odtlenionego, w miarę czy mięszanina zawierała mniéj lub więcéj krwi zwykłéj. Jeżeli ilość krwi zwykłéj była o połowę większą od ilości krwi zaprawionéj tlenkiem węgla, trzy smugi powstające obok siebie zlewały się tak, że tworzyły jednę szeroką smugę pomiędzy linijami Frauenhofera D. i E. a brzegi téj smugi były tém słabiéj zacienione, im mniéj krwi z HbCO było w mięszaninie.

Z tego widać, że tylko przy pewnéj wprawie osądzić będzie można, czy mięszanina pewna zawiera COHb, jeżeli ilość tego połączenia nie jest o wiele znaczniejszą od OHb. W przypadku wątpliwym, nawet wśród badania spektralnego, trzeba będzie uciec się do porównania z krwią zwykłą.

W próbie Salkowskiego zabarwienie mięszaniny pozostaje czerwoném, jeżeli w niéj jest COHb — w razie przeciwnym występuje zabarwienie oliwkowe; czyli mówiąc ogólnie: k r e w p r a w i d ł o w a u l e g a z m i a n i e, n i e p r a w i d ł o w a j é j n i e u l e g a, brak więc zmiany barwy dowodzi istnienia COHb.—Proba tedy nieudała, np. z powodu nieodpowiedniego odczynnika, mogłaby dać powód do twierdzenia, że krew zawiera COHb, podczas gdy trwanie zabarwienia czerwonego należy w tym przypadku położyć na karb innéj okoliczności. To stanowi słabą stronę reakcyi i zmusza zawsze do porównywania z krwią zwykłą, dodaną w téj saméj ilości do tego samego odczynnika. Reakcyję rozpoznajemy po zmianie, jakiéj ulega krew zwykła, a zmiana ta staje się widoczną dopiero po upływie kilku minut. Różnicę występującą widać, jeżeli się obie rurki odczynnikowe trzyma obok siebie na ciemném tle i jeżeli się bada w świetle odbitém; w świetle przepuszczoném obie próby przedstawiają się czerwono, jakkolwiek próba z krwią zwykłą jest znacznie ciemniejszą. Różnicę zabarwień widać najlepiéj, jeżeli się obie rurki wstrząśnie kilkakrotnie, aby na powierzchni płynu utworzyć pianę, która na krwi zwykłéj jest wyraźnie zieloną, na krwi z COHb jasno-czerwoną. Im większy procent krwi zwykłéj zawiera mięszanina dodawana do H_2S, tém potrzebniejszém staje się porównanie z krwią zawierającą tylko COHb, aby nabrać przekonania, z czém się ma do czynienia; jeżeli zaś dodaje się mięszaninę z równych mniéj więcéj ilości krwi zwykłéj i z COHb, pojawia się oliwkowe zabarwienie próby w świetle odbitém, piana powstająca po zakłóceniu jest czerwona, po chwili przybiera barwę zielonkowatą, a po ponowném skłóceniu staje się znowu czerwonawą.

Jeżeli teraz zastanowimy się, któréj z obu prób przyznać wyższość—szala przechyli się na stronę próby spektralnéj, ale także tylko wśród porównywania z krwią zwykłą.

Wszystkie te doświadczenia przedsiębrano z krwią sztucznie zaprawioną tlenkiem węgla. Barwa krwi takiéj już bez dodawania odczynników jest znacznie jaśniejszą od barwy krwi zwykłéj. Nie ulega jednak wątpliwości, że wnioski, do których można być upoważnionym po tych doświadczeniach, nie dadzą się zastósować do badań krwi wydobytéj ze zwłok zaczadzonego. Mięszając sztucznie krew z tlenkiem węgla możemy wprowadzić do niéj ilość dowolną gazu, możemy krew nasycić niejako tym gazem, krew zaś ze zwłok zaczadzonego nie będzie zapewne nigdy nasycona gazem tlenku węgla, gdyż życie ustaje już wtenczas, gdy jeszcze pewna ilość krwi nie zawiera CO. Doświadczenia nasze z próbą Salkowskiego mogą mieć pewne znaczenie tylko wtedy, gdy próba ta powiedzie się w przypadku notorycznego zaczadzenia, w którym śmierć nastała wśród samego czadu i była bezpośredniém następstwem jego działania.

Przypadek odpowiedni nastręczył nam się w marcu z. r.

W izdebce nieopalonéj, gdyż piec właśnie co zbudowano, położyli się spać na jedném łóżku dwaj uczniowie szkół średnich. Gdy zrana domownicy weszli do izdebki, aby zbudzić chłopców, spostrzegli, że starszy, który leżał na kraju łóżka, był bez życia, młodszy, leżący bliżéj ściany, dawał znaki życia, a obok obydwu spostrzeżono wymiociny. Wezwany kol. Dr. B a l i c k i natychmiast domyślił się przyczyny katastrofy, dowiedziawszy się od domowników, że w izdebce zastano kosz żelazny z niedopalonemi węglami, a widząc, że śmierć starszego nastała już przed kilku godzinami i że usiłowania podejmowane mogą raczéj mieć na celu uspokojenie krewnych aniżeli skutek rzeczywisty, zajął się ratowaniem młodszego. Chłopiec dwunastoletni przeniesiony do innéj izby leżał bez przytomności z oczyma zamkniętemi, usta i otwory nosowe pokryte wymiocinami, odnogi chłodne, twarz sina, oddechy płytkie, rzadkie, tętno zaledwie wyczuwalne 70 do 80 uderzeń w minucie, źrenice miernie rozszerzone oddziaływały leniwo, od czasu do czasu wymioty miazgą pokarmową. Po energiczném zastósowaniu bodźców na skórę i wstrzyknięciu eteru oddechy stały się częstsze, chory wymiotował jeszcze kilka razy, oddziaływał coraz wyraźniéj na

bodźce zewnętrzne, wkrótce popadł w śpiączkę i dopiero wieczorem odzyskał przytomność, był w stanie opowiedzieć co zaszło i stwierdzić domysł wezwanego lekarza. Podał on, że na propozycyję starszego wnieśli do izdebki z powodu zimna kosz druciany, którego używano do suszenia wilgotnych murów świeżo zbudowanego domu. W tym koszu znajdowało się kilka kawałków koksu, chłopcy dołożyli jeszcze węgli drzewnych, rozniecili żar i pokładli się jeden obok drugiego Było to po godzinie 10téj wieczorem. Usypiając uczuł młodszy szum w głowie, który się ciągle wzmagał, zaniepokojony tém chciał przemówić do starszego, nie mógł jednak głosu wydobyć ani się ruszyć na posłaniu. O wymiotach nic nie wspominał. Obecnie doznaje znacznego osłabienia i bólu głowy. Chłopiec przychodził zwolna do zdrowia a w parę dni był zdolny do swoich zwykłych zajęć.

Dnia następnego po katastrofie wykonano w zakładzie medycyny sądowéj sekcyję zwłok starszego. Obraz sekcyjny w tym przypadku był typowy a tutaj ograniczymy się do podania kilku dat z protokółu sekcyjnego.

Już samo wejrzenie zwłok było charakterystyczne: plamy trupie jasno-czerwone zajmowały cały grzbiet i tylne części odnóg, lice prawe i małżowinę uszną prawą, gdyż zwłoki znaleziono ułożone na boku prawym. Przy oględzinach wewnętrznych stwierdzono w narządach owo charakterystyczne jasno czerwone zabarwienie, krew porównana z krwią z innych zwłok okazała się również jaśniéj zabarwioną. Skrzepów nigdzie nie spostrzeżono, nawet w komórkach sercowych i przedsionkach. Żołądek zawierał jeszcze miazgę pokarmową taką samą, jakiéj resztki znajdowały się w jamie ustnéj i gardzielu. Kilkanaście gramów krwi z naczyń większych przechowano przy sekcyi celem późniejszego zbadania. Część krwi poddano badaniu tego samego dnia, zaraz po sekcyi, część dopiero dnia następnego, aby się przekonać, czy oddziaływanie będzie widoczném, jeżeli krew postoi przez kilkanaście godzin w naczyniu niezamkniętém. Wszystkie próby wykonywane z tą krwią tak tego samego dnia, jakotéż dnia następnego, dały rezultat dodatni, a w szczególności rezultat próby Salkowskiego odpowiedział zupełnie oczekiwaniom, był on nawet dla uczniów bardziéj przekonywającym aniżeli próba sodowa, i dla tego próby odpowiednie zatopiono w rurkach szklanych, sporządzając dla porównania w ten sam sposób próby z krwią z innego trupa. Rok właśnie ubiega a próby zatopione przedstawiają różnicę w zabarwieniu tak samo widoczną jak w chwili ich sporządzenia.

Teraz więc na podstawie doświadczenia własnego możemy śmiało polecić tę próbę każdemu lekarzowi sądowemu jako niewymagającą kosztownych przyrządów a pewną i łatwą w wykonaniu. Jedyną niedogodnością jest, że trzeba postarać się o ile możności świeży odczynnik, gdyż wodny roztwór H_2S, jeżeli stoi przez czas pewien, ulega rozkładowi, co można poznać po osadzie żółtawym wydzielonéj siarki. Odczynnik taki nie jest przydatnym do téj próby. Jeżeli więc z tego jednego powodu próba Salkowskiego jest dla lekarza sądowego mniéj odpowiednią, aniżeli próba sodowa Hoppego, to natomiast nie można jéj odmówić pierwszeństwa przed ostatnią pod względem większéj czasem wyrazistości, a głównie pod względem trwałości, i dla tego nie moglibyśmy zgodzić się bezwzględnie na przeciwne zdanie, wypowiedziane przez Falka *(Viertelj. f. ger. Med. XL, 1884)*. To też odczytawszy publikacyję Dra Zaleskiego ogłoszoną w Przeglądzie Lekarskim (Nr. 3 z r. b.) sądziliśmy, że i téj niedogodności zapobieżono, gdyż autor używa jako odczynnika roztworów soli miedziowych, które można zawsze mieć nierozłożone w odpowiednim roztworze. Nie chcąc powtarzać publikacyi Zaleskiego nadmienimy tylko, że autor ten spostrzegł odmienne zachowanie się krwi zaczadzonych po dodaniu roztworów soli miedziowych od oddziaływania krwi zwykłéj na te roztwory, „z krwi zawierającéj tlenek węgla wydziela się po kilku minutach masa gęsta, ceglasta, kosmkowata, gdy zwyczajna krew zawiera osad ciemny, czekoladowo-brunatny“ pisze Z., w końcu rozprawki swojéj nadmienia nawet że stopień czułości téj reakcyi jest ten sam co reakcyi Salkowskiego, która według jego badań należy do najpewniejszych.

Otóż na to ostatnie twierdzenie autora zgodzić się nam trudno. Pomijając okoliczność, że reakcyja Z. daje rezultat dodatni tylko wśród skrupulatnie przestrzeganych warunków, bo trzeba najdokładniéj odmierzyć ilość krwi, ilość dodanéj wody, ba nawet odczynnik w pewnéj tylko ilości (kropel) dodawać, aby otrzymać reakcyję, to nie przemawia także na korzyść téj reakcyi mało wyraźna różnica barw. Jasném jest, że łatwiéj odróżnić barwę zielonkowatą lub oliwkową od barwy czerwonéj aniżeli barwę ceglastą od czekoladowo-brunatnéj. Jeżeli się pamięta o tém, że krew zaczadzonych przez proste porównanie z krwią zwykłą bez dodawania jakichkolwiek odczynników odróżnić można, to na niewiele zda się, czy dodamy te 2 lub 3 krople odczynnika (bo tyle należy dodawać $CuCl_2$ i $CuSO_4$): różnica barw istniała pierwotnie a więc i teraz istnieć będzie. Co się zaś tyczy rozcieńczania wodą osadu pozostającego po zlaniu płynu krwawego, to nie powiodło nam się ani razu pomimo licznych prób osad ten tak we wodzie rozmącić, iżby można było wykazać uderzającą różnicę barw osadów z krwi zwykłéj i zaczadzonéj. Dodać nadto winniśmy, że rodzaj soli miedziowéj, użytéj w tym celu, nie jest wcale obojętnym. Wykonywając próbę Zaleskiego w ten sam sposób jak próbę Salkowskiego (o wiele mniéj uciążliwy niż sposób przez autora podany) przekonaliśmy się niejednokrotnie, że różnica barw występuje po dodaniu krwi do odczynnika znacznie wybitniéj, jeżeli użyto chlorku lub octanu miedziowego aniżeli gdy użyto siarkanu miedziowego; nigdy jednak nie była ta różnica tak wybitną jak w próbie Salkowskiego.

Okoliczność przytoczona przez autora, że reakcyja ta pozwala nam z jednéj i téj saméj porcyi wnosić o obecności CO we krwi także i drogą spektralnéj analizy nie ma, zdaniem naszém, w przypadkach sądowolekarskich wielkiego znaczenia, gyż w przypadkach sekcyjnych nie jesteśmy nigdy w kłopocie o nowych kilka kropel krwi, które możemy poddać badaniu spektralnemu. Jeżeli się zaś rozchodzi o przechowanie krwi do badania spektralnego po pewnym czasie, to i na to podał Jäderholm sposób odpowiedni.

Doświadczenia kontrolujące próbę Zaleskiego wykonaliśmy z krwią sztucznie zaprawioną czystym tlenkiem węgla—jak widzimy rezultat nie może iść w porównanie z próbą Salkowskiego co do czułości, a zwłaszcza łatwości w wykonaniu. Z tém wszystkiém jednak nie chcemy sprawy uważać za załatwioną. Stanowczym będzie rezultat uzyskany przy stole sekcyjnym, na podstawie badania krwi ze zwłok zaczadzonego. Skoro tylko nadarzy nam się przypadek odpowiedni, a przypadki te są u nas obecnie dosyć rzadkie, powrócimy do tego ważnego tematu i ponowimy chętnie szereg prób, wychodząc z przekonania, że do rąk lekarzy sądowych na prowincyi, którzy nie mogą z powodu nawału

zajęć kontrolować każdéj świeżo ogłoszonéj próby, należy podawać tylko reakcyje pewne i dokładnie wypróbowane a nie można wymagać od nich, aby dla jednéj reakcyi zaopatrywali się w pipety kalibrowane itp. narzędzia, których wymaga reakcyja Zaleskiego w postaci przez autora obecnie ogłoszonéj.

III. Sprawozdanie naukowe z ruchu chorych w zakładzie dla obłąkanych w Krakowie w ciągu r. 1883.

Podał Dr. Karol Żuławski,
prymarjusz tego zakładu.
(Dokończenie. Patrz Nr. 8).

III. Dnia 29 marca 1882 r. przyjęty został Michał Ptaszek, wyrobnik, lat 40 liczący, z objawami bredzenia, lęku, zachowania niespokojnego, wyrywania się i chęcią uciekania. Chory podawał, że przed 3ma miesiącami pokąsany został przez psa wściekłego na Grzegórzkach, i że psa tego z polecenia Magistratu wziął oprawca. Badanie wykazało: mężczyzna wzrostu średniego, dobrze zbudowany i odżywiony, brak gorączki i zmian chorobowych w organach wewnętrznych. Na ręce prawéj, a mianowicie na grzbiecie téjże w środku, znajduje się rana po części tylko zabliźniona, pokryta małym strupkiem, po usunięciu tegoż ropiejąca; na grzbiecie zaś ręki lewéj jest mała ranka już zabliźniona. Chory jest ruchliwy, niespokojny, krzyczy, chce uciekać, podanéj wody pić nie chce, tak samo i bułkę odpycha. Dmuchnięcie w twarz lub na ścianę brzuszną z odległości kilku kroków, a o wiele szybciéj z bliska, wywołuje napady kurczów połykowych i oddechowych, połączonych z przeraźliwym krzykiem, wykrzywianiem twarzy, ruszaniem głowy, a przytém chory trzęsie się cały, wejrzenie ma bojaźliwe, przerażenie jego jest widoczne. Wydziela obficie ślinę, którą wypluwa. Po zasłonięciu oczu badano chorego pod względem czucia w odnogach dolnych. Nader lekkie nakłócia szpilką uważał za bardzo silne, wskazywał miejsce nakłócia dokładnie, po silniejszych zaś nakłóciach krzyczał, aby go nie kaleczyć i nie wbijać w ciało igły, a im wyżéj od stóp nakłócia czyniono, tém wrażliwość była większą; rozróżniał zimne od ciepłego, tak samo na tułowiu jakotéż i odnogach górnych stwierdzono podwyższone czucie, odruchy kolanowe zwiększone, lekkie uderzenie palcem wywołuje znaczne podskoki podudzia. Zalecono wstrzykiwania morfinu po 0·02 trzy razy dziennie.

30 marca w nocy leżał spokojnie, mało spał, budził się często i krzyczał, jak gdyby go sny przykre trapiły; za zbliżaniem się do niego podczas wizyty dostał napadu kurczów, tak samo wystąpiły kurcze, gdy mu łyżkę wody do ust wlano, a późniéj nawet za okazaniem wody w kubku, który posługacz trzymał. Czucie w odnogach i ruchy kolanowe jak wyżéj. Podano choremu mleko ciepłe, wziął je do ust, podczas połykania jednak dostał napadu kurczów i szybko mleko wypluł. Gdy mu podano bułkę w mleku namoczoną, poruszał w ustach i powoli połknął, przyczém widocznie natężał się, jakby chciał napad kurczów powstrzymać; następnie podano kaszę z mlekiem na gęsto ugotowaną, którą powoli i z oporem, spory jednak kubek zjadł. Na pytania rozsądnie odpowiadał, prosił o księdza, że się chce z Bogiem pojednać, bo czuje, że wnet umrze, że się niczego tak nie boi jak tych ściskań w gardle, bo mu się zdaje, że go ktoś dusi, prosi aby na niego nie dmuchać, bo go to zaraz dławi i ściska w gardle. Oddziaływa na podmuch nawet słaby z odległości pięciu kroków z dymem cygara puszczony.

31 marca w nocy nie spał, leżał jednak spokojnie bredząc po cichu, podczas wizyty narzeka, że go posługacz chciał otruć, lekarzy nazywa kumotrami, na pytania nie odpowiada, podane wino wypił, prosi o wódkę, nakłócia szpilką nie czuje po kolana, na udach zaś czuje. Tętno ledwie wyczuć można. Wstrzyknięto eteru z morfinem (20—2) strzykawkę.

1 kwietnia osłabienie coraz większe, bredzi cichym głosem o koniach, psach, królikach. Odnogi tak górne jakotéż i dolne chłodne, dotknięcia i nakłócia szpilki nie czuje, twarz wychudła, oczy zapadłe, wzrok osłupiały, język suchy, tętna wymacać nie można, oddech wolny, nieregularny, coraz dłuższe ustępy pomiędzy pojedyńczemi oddechami, a o godzinie 3éj popołudniu śmierć.

Sekcyja wykonana 2 kwietnia wykazała na grzbiecie ręki prawéj ranę ropiejącą $1\frac{1}{2}$cm. długą. Opony miękkie mocno nastrzykane, istota korowa mózgu przekrwiona, dokładnie odgraniczona od istoty rdzeniowéj. Oba płuca zawierają powietrze, wydzielają z powierzchni przekroju obfitą ciecz pienistą krwawo zabarwioną, nerki przekrwione. Rozpoznanie anatomiczne opiewało: *Hyperaemia meningum cerebri et renum, oedema pulmonum acutum.*

IV. Katarzyna Koziołowa, żona woźnicy z Krakowa, lat 35 licząca, przyjętą została do zakładu dla obłąkanych dnia 10 października 1883. W sali przyjęcia zachowywała się niespokojnie, krzyczała, bredziła o szewcu w brzuchu, o rozdzieraniu nóg, o biciu jéj itp. okazywała drżenie języka i rąk, bojaźliwa spoglądała na wszystkie strony, usuwała się i chciała uciekać. Towarzyszący mąż podaje, że od kilku dni nie sypia, tylko chce uciekać, że się ustawicznie lęka, od wczorajszego zaś dnia pić i jeść nie chce, że jak coś weźmie do ust, to zaraz wypluwa i przeraźliwie krzyczy, a zarazem narzeka na ból w gardle. Była bardzo pracowitą i pilną, oszczędną i zapobiegliwą, nigdy nie chorowała, trunków nie używała, dzieci miała czworo. Przed 6 tygodniami ukąsił ją pies w polu podczas kopania ziemniaków w twarz i rękę. Rany prędko się zagoiły bez pomocy lekarskiéj, pies bowiem był zdrów, bo żona znała tego psa i mówiła, że się nie pienił. Badanie w zakładzie wykazało dwie blizny na wargach około kąta ust po prawéj stronie, a trzecią na grzbiecie ręki prawéj, badana twierdzi, że blizny te pochodzą od ran powstałych od ukąszenia przez psa. Niespokojna, spogląda bojaźliwie na około siebie, trzęsie się, bredzi o psie, szewcu, dzieciach, jakimś chłopie i o żandarmie, co psa tego gonił, woła ratunku, krzyczy, skacze, chce się wyrwać i uciekać. Przy lekkiém dotykaniu ciała narzeka na bóle, odruchy kolanowe podwyższone, za dmuchnięciem w twarz lub na ścianę brzuszną usuwa się i wstrząsa, wciąga kurczowo powietrze, robi ruchy połykowe, jakby się dławiła, narzeka na ściskanie w gardle i brak powietrza. Zalecono kąpiel letnią i wstrzyknięto morfinu 0 02.

11 października w nocy nie spała, lękała się i wołała ratunku, bo pies chce dzieci jéj biedne pokąsać, biegała po pokoju, dobywała się do drzwi. Podczas wizyty dostała chora napadu kurczów połyku, z krzykiem przeraźliwym, wzbrania się pić, nie chce aby jéj pokazywać wodę, bo ją zaraz poczyna boleć i dławić w gardle; okazaną gruszkę porywa chciwie i z wielkiém natężeniem podczas przełykania zjada ją powoli. Tętna sprychowego nie można wybadać, dopiero tętno wyczuć pod pachą. Koło łóżka dużo ślin naplutych.

Chora chodzi dobrze, biega, odruchy kolanowe żywe, nakłócia czuje dobrze, zimno od ciepła rozróżnia. Zalecono wstrzyknięcia morfinu po 0·02 trzy razy dziennie.

12 października z wieczora po zastrzyknięciu morfinu zasnęła, po godzinie zaczęła krzyczeć, zerwała się z łóżka, chciała uciekać, biła we drzwi, wzywała ratunku. Podczas wizyty za dmuchnięciem w twarz wystąpiły gwałtowne kurcze, które blisko minutę trwały, chora zerwała się z łóżka, zrobiła kilka kroków, atoli wkrótce poczęła się chwiać na nogach, ślinę wypluwała co chwilę w wielkiéj ilości. Na widok wody w kubku dostaje napadu kurczów, wyrywa kubek, wylewa wodę rzucając na ziemię kubek. Narzeka na głód i pragnienie, podaje atoli, że woli nie jeść i nie pić, aniżeli cierpieć straszne boleści przy połykaniu. Nie czuje nakłócia szpilką w podudzia, po nakłóciach zaś w oba uda narzeka na ból. Czuje się mocno osłabioną; zalecono wstrzykiwania eteru octowego z kamforą (20—2) trzy wstrzykawki dziennie.

13 października całą noc bredziła o jakiémś zielu, którém jéj na złość robią, żądała jeść, a gdy jéj posługaczka dała bułkę i kubek z winem, przychwycila ją, biła, podrapała po rękach, zgrzytała zębami, rzucając podane rzeczy na ziemię. Skóra obu podudzi zimna i sucha, ujęta w fałd po dłuższym czasie dopiero wygładza się, brak odruchów kolanowych, na nakłócie nie oddziaływa, dmuchnięcie w twarz wywołuje napad kurczów, tętno wymacalne dopiero pod pachą, osłabienie znaczne, na nogach ustać nie może, a posadzona trzyma podudzia rozsuwające się stopami na zewnątrz, kolana zaś oparte o siebie. Wyraz twarzy przestraszony, oczy zapadłe, wzrok osłupiały, rozpacz widoczna. Chora czuje zbliżanie się śmierci, desperuje za dziećmi, wreszcie prosi o księdza. Znacznie mniéj ślini się, szmer na kurytarzu wywołuje napad kurczów; wstrzykiwania eteru z kamforą.

14 października bezwładna zaledwie zdoła podnieść rękę, takowa zaraz opada, leży jak kłoda drzewa i tylko oddech z ciężkiém westchnieniem wskazuje, że żyje; oddech wolny, nieregularny, czasem kilka oddechów szybko po sobie następujących, poczém znów pauza dłuższa; ani na nakłócia, ani na dmuchnięcia nie oddziaływa, podaną wodę i wino połyka. Oczy coraz mocniéj zapadłe, twarz wychudła, występuje coraz większy zapad a o godzinie 2éj popołudniu śmierć.

Sekcyja wykazała: czaszka nie przedstawia nic nieprawidłowego, obok kąta prawego ust na górnéj i dolnéj wardze po jednéj bliźnie, blisko 1cm. długiéj, trzecia mniejsza blizna na grzbiecie ręki prawéj. Na podstawie czaszki opona twarda na swéj wewnętrznéj powierzchni pokryta jest cienkiemi warstewkami delikatnych łatwo oderwać się dających błonek, krwią po części rdzawo zmienioną przesiąkłych, głównie w dole czaszkowym średnim i po stronie lewéj. Opony miękkie dość znacznie nastrzykane, kilka drobniejszych wybroczyn na wypukłości półkul okazujące, zresztą cienkie i przeźroczyste. Mózg zewnętrznie nie przedstawia zmian, istota korowa jakotéż i rdzeniowa przekrwione, zresztą prawidłowe. Oba płuca w samych szczytach okazują zbliznowacenie miąższu w obszarze niezbyt znacznym, zresztą wszędzie zawierają powietrze i wydzielają z powierzchni przekroju, zwłaszcza w częściach tylnych, obfitą ciecz pienistą krwawo zabarwioną. Błona śluzowa żołądka w miernym stopniu zgrubiała, rozpulchniona, znaczniéj nastrzykana, dość liczne drobne wybroczyny i powierzchowne okrągławe nadżerki okazująca. Gruczoły krezkowe miernie powiększone, sinawe, soczyste, miękkie. Rozpoznanie anatomiczne: *Oedema acutum pulmonum*; *induratio fibrosa apicum pulmonum*; *erosiones et ecchymoses mucosae ventriculi. Hyperplasia recens glandularum mesaraicarum. Pacchymeningitis haemorrhagica chronica interna gradus levioris ad basim.*

Przypadki powyżéj opisane niewątpliwie zaliczyć należy do przypadków wścieklizny u ludzi. We wszystkich téż stwierdzono jako przyczynę chorobową ukąszenie przez psa, które w okresie czasu 6 tygodni do 3 miesięcy przed wybuchem choroby miejsce miało. We wszystkich przypadkach ukąszenie dotyczyło odkrytych części ciała, a rany po ukąszeniu nie były leczone. W okresie wylęgania nie było żadnych objawów, któreby wskazywać mogły istnienie téj strasznéj choroby; wszyscy zajmowali się pracą, czuli się zdrowymi, i nie przypuszczali nawet możebności, aby w skutek ukąszenia przez psa mogli popaść w jaką chorobę; wszystkie niemal rany zabliźniły się. Okres zwiastunów trwał zaledwie kilka dni, wystąpiły bóle gardła, bezsenność, brak apetytu, bojaźń i uczucie jakiejś nieokreślonéj choroby, któreto objawy zniewoliły wszystkich do szukania pomocy lekarskiéj w szpitalu; przyjęcie ich nastąpiło, dla braku wszelkich objawów choroby umysłowéj, na oddział chorób wewnętrznych, z wyjątkiem Katarzyny Koziołowéj, którą od razu do zakładu dla obłąkanych przyjęto, a to z powodu objawów odpowiadających więcéj obłędowi pijackiemu. Bliższe atoli wywiady, przedewszystkiém zaś objawy chorobowe, stwierdziły aż nadto istnienie wścieklizny u téjże. Przeniesienie zaś trzech pierwszych chorych do zakładu nastąpiło po części z powodu objawów psychicznych, po części zaś z konieczności ścisłego dozoru.

Objawami cechującemi okres podrażnienia były kurcze połykowe jakotéż i kurcze oddechowe. Występowały one nagle w postaci napadów kurczowych, trwały od kilkunastu sekund do kilkunastu minut. Pomiędzy takiemi napadami były przerwy wolne (wśród których chorzy względnie dobrze się czuli, na pytania chętnie odpowiadali rozsądnie i przytomnie, zawsze atoli przerażeni i w obawie przed przyszłym napadem), których czas trwania zależny był od przyczyn zewnętrznych wywołujących nowy napad. Kurcze były kloniczne, czysto odruchowe, a występowały za podrażnieniem każdego zmysłu. Wszystkie zaś przyrządy zmysłowe okazywały przeczulicę, tak że już słabe podrażnienie zdolne było wywołać odruchy kurczowe, które się ograniczały wyłącznie tylko do kurczów mięśni połykowych i oddechowych. Już widok płynów lub pokarmów samego naczynia lub z płynem, światło, mowa głośniejsza, szmer daleki, hałas, a nawet odgłos kroków odległych, zapach pokarmów, dotknięcie skóry, a przedewszystkiém dmuchnięcie na nią, wywoływało napady kurczów. W początkach okresu podrażnienia napady kurczów ograniczały się do mięśni połykowych, chorzy narzekali na ściskanie w gardle i wzbraniali się połykać napoje i pokarmy, mogli atoli nieraz czyniąc usiłowania, schylając głowę i ugniatając brodę na szyję, pokonać opór i połknąć; nie udało się im atoli nigdy połknąć, gdy wystąpiły kurcze oddechowe. Kurcze te rychło występują, one to sprawiają choremu uczucie duszności, i one właściwie są dla chorego najprzykrzejsze, najwięcéj go przerażają i są przyczyną grozy całego napadu. Trwoga, przestrach i rozpacz maluje się na twarzy chorego; chciwie stara się on uchwycić powietrze, porusza głową i twarzą usiłując pokonać opór tamujący przystęp powietrza, a wśród

przyspieszonych ruchów wdechowych bardzo często wydaje przeróżne urywane głosy, mogące mieć podobieństwo do głosu psa szczekającego; nigdy atoli nie można tego nazwać szczekaniem. Napad kurczów kończy się przeciągłém westchnieniem. Napady te, z początku rzadkie, występują z biegiem choroby coraz częściéj, z obawy przed napadem wzbraniają się chorzy jeść i pić, nawet ślinę wypluwają z téj przyczyny, że połykanie jéj wywołuje napad kurczów, słowem starają się unikać wszystkiego, co tylko napad kurczów wywołać może. Twarz chorego wskazuje trwogę i przerażenie, a gdy najlżejsze bodźce wywołać mogą napad kurczów, starają się chorzy uwolnić od tych bodźców, zakrywając twarz rękami lub zanurzają ją w poduszkę, błędném okiem wodzą po otaczających, czy przypadkiem kto nie zechce dotknąć się lub dmuchnąć na chorego. Że tu nie sama myśl sprawia odruchy, dowodzi okoliczność, że zasłoniwszy twarz chorego, a dmuchnąwszy tylko na ścianę brzuszną natychmiast wywołuje się napad kurczów; to też sądzę, że najwybitniejszym objawem w celu rozpoznania wścieklizny ludzkiéj nazwać można wywołanie odruchów kurczowych, przez dmuchnięcie w twarz lub na ścianę brzuszną. Objawu tego w żadnéj innéj chorobie wywołać nie można; dowodzi on jedynie istnienia przeczulicy skóry z odruchami kurczowemi mięśni połykowych i oddechowych.

Pod względem umysłowym odpowiadają chorzy na pytania rozsądnie, w ogóle nie przedstawiają objawów zboczenia umysłowego, czasem tylko bredzą, lub mają złudzenia zmysłów, jak np. u Mlaka, który słyszał głos matki wołającéj o pomoc, lub widział matkę, albo też widział i wyjmował włosy z kawy, których nie było; pomimo to atoli zapytany o coś, dawał rozsądne odpowiedzi, poznawał osoby otaczające. Lękliwość towarzyszy od początku wystąpienia napadów dochodzi do najwyższego stopnia podczas napadu kurczów, a wśród tego chorzy stają się niespokojnymi, drażliwymi a nawet zrywają się niekiedy do bicia posługaczy, jużto z powodu urojeń, jużtéżto z powodu tego, że posługacz podawał im napój lub pożywienie, i stawał się przyczyną wystąpienia napadu. Zwolna napady kurczów słabną i stają się rzadszemi, zazwyczaj już trzeciego lub czwartego dnia, i w tym czasie już zauważyć można, że okres podrażnienia przechodzi w tak zwany okres porażenia postępowego. Zazwyczaj szybko występuje bezwład odnóg dolnych, brak ruchu i czucia, odruchy kolanowe nikną. Porażenie rozpoczyna od stóp, a postępuje szybko coraz wyżéj; i tak chory, który rano jeszcze sam chodził, popołudniu już nie może ustać na nogach o własnéj sile — chory, który czuł nakłócia szpilką w podudzie podczas wizyty rannéj, nie czuje nakłóć podczas wizyty wieczornéj a nawet i nie oddziaływa na nakłócia w uda. Bezwład postępuje szybko, chorzy przeczuwają zbliżanie się śmierci, przytomność na krótki czas przed śmiercią opuszcza ich, bezwład ogólny nastaje i wkrótce kres życiu kładzie.

Leczenie było przedewszystkiém symptomatyczne, ograniczało się do wstrzykiwań morfinu i makowca, oraz do zadawania w lawatywie lub za pomocą sondy chloralu. Środki te sprowadzając sen, tém samém przynoszą ulgę choremu, nie wywierają jednak żadnego wpływu ani na powstrzymanie napadów, ani na ich trwanie lub doniosłość. W okresie porażennym wstrzykiwałem eter z kamforą kilka razy dziennie, również jednak bezskutecznie. Kąpiel letnia działać musiała łagodząco, gdyż ją chorzy chętnie i z przyjemością znosili. Zarazem starałem się o to, aby chory miał jak największy spokój, usuwałem od niego wszystko, coby go mogło drażnić lub straszyć. Rozpoznanie choroby jest łatwe dla każdego, kto raz widział tę chorobę, a kurcze gwałtowne połykowe i oddechowe, występujące w napadach, nie dozwalają wątpliwości co do istoty choroby. Jedynie tylko w okresie zwiastunów przypuścić można rozpoczynającą się inną jakąś chorobę, najczęściéj gościec, atoli zwiększona pobudzalność odruchowa i napady kurczów w krótkim czasie do prawdziwego rozpoznania doprowadzą. U Katarzyny Koziołowéj rozpoznanie utrudniały objawy psychiczne, urojenia i bredzenia, drżenie języka i rąk, ruchliwość i zachowanie się ogólne odpowiadały objawom, jakie zazwyczaj towarzyszą obłędowi pijackiemu. Wystąpienie jednak napadu kurczów, oraz zwiększona pobudzalność do odruchów wskazały właściwą chorobę, a wywiady męża potwierdziły rozpoznanie, że przyczyną choroby była infekcyja. We wszystkich tych 4ch przypadkach były rany na odkrytych częściach ciała, nie podlegały żadnemu leczeniu i zabliźniły się same przez się dość szybko. I te przypadki stwierdzają, że rokowanie w rozwiniętéj wściekliźnie jest bezwzględnie niepomyślne i śmiercią się kończy.

Pozostaje jeszcze kilka słów powiedzieć o zmianach pośmiertnych. Otóż we wszystkich tych 4ch przypadkach wykazała sekcyja przekrwienie opon mózgowych i mózgu, przekrwienie płuc i nerek. U Koziołowéj były zmiany błony śluzowéj żołądka, które mogłyby dać powód do przypuszczenia otrucia, przypuszczenie to jednakże odpada, jeżeli się zważy, że Koziołowa od chwili przybycia do zakładu żadnego leku nie zażywała, a powtóre, że zmiany takie, jak to Bollinger (Patologija i Terapija Ziemssena) wykazał, nie do rzadkich się zaliczają. Pozostaje tylko jeszcze do uwzględnienia *Pacchymeningitis chronica* w dole czaszkowym średnim po stronie lewéj, o któréj nie można przypuścić, aby była następstwem wścieklizny, lecz musiała istnieć bez związku z tą chorobą; być może, że i objawy obłędu, jaki Koziołowa okazywała, były następstwem tejże. O wiele atoli większéj doniosłości jest nowotwór znaleziony w zgrubieniu szyjném u Jędrzeja Mlaka. Obecny podczas sekcyi prof. Kadyi wziął rdzeń do stwardnienia, aby go wręczyć prof. Adamkiewiczowi, bawiącemu podówczas na wakacyjach za granicą. Badanie jego wykazało (*Gazeta Lekarska* Nr. 7, 16/2, 1884 O ucisku mózgu, wykład miany w Towarzystwie lekarskiém wiedeńskiém dnia 9 listopada 1883 przez prof. Dra Alberta Adamkiewicza), że nowotwór ten, był to mięsak postaci gruszki, który szypułką swą wychodził ze szarego przedniego słupa, a cała jego masa mieściła się w jamie, powstałéj przez wyparcie włókien nerwowych rdzenia kręgowego. Badanie zaś drobnowidowe wykazało, że biała istota zmniejszonéj tkanki rdzeniowéj składała się z włókien nerwowych, których przekroje były bardzo znacznie zmniejszone, w porównaniu z odpowiedniém miejscem strony zdrowéj. A istota szara, w któréj tylko wąski pasek, otaczający sierpowato nowotwór, rozpoznać można było gołém okiem, straciła zupełnie znaną swą budowę z krzyżujących się włókien i przyjęła wejrzenie, jak gdyby się składała z równoległych pasemek. Pomiędzy temi pasemkami ukrywały się nadzwyczaj wybitnie zmienione zwoje, przedstawiające się w postaci tworów wrzecionowatych, podobnych do włókien mięśni gładkich, lub komórek tkanki łącznéj, które się ciągnęły wzdłuż pasemek zanikłéj szaréj istoty. Oprócz eliptycznego kształtu zwojów zasługiwała jeszcze na szczególną uwagę ich mała pojemność, która, jak to po-

równawcze mikrometryczne pomiary wykazały, wynosiła zaledwie 25tą lub 30tą część pojemności zdrowych zwojów. Ten właśnie przypadek dał pochop prof. Adamkiewiczowi do studyjowania ucisku mózgowego. Żałować tylko wypada, że prof. A. chorego tego nie widział za życia, ani nie był obecnym przy sekcyi, przy której obducent rozpoznał nowotwór w rdzeniu. Natomiast widzieli chorego zaproszeni przezemnie proff. Korczyński i Domański, oraz wielu innych kolegów. Dat zaś powyżéj zestawionych dostarczyłem późniéj z zapisków moich prof. Adamkiewiczowi na jego życzenie.

IV. Oceny i sprawozdania.

Samuel Fenwick (London Hospital): **O przebiciu wyrostka robaczkowego jelita ślepego.** Wykład kliniczny. Podał w streszczeniu Dr. Roman Barącz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 8).

Przypadek 4 dotyczy kobiety około 30-letniéj, która szukała rady u autora z powodu bardzo gwałtownych napadów bólu. Przy badaniu znaleziono bliznę w ścianach brzusznych w okolicy jelita ślepego, która wydawała się być zrośniętą z jelitem ślepém. Chora zeznała, że w 12tym roku życia doznała nagle silnego bólu w okolicy biodrowéj prawéj, skutkiem czego zmuszona była pozostawać w łóżku przez kilka miesięcy, a ból ten ustąpił po pęknięciu wielkiego ropnia w miejscu blizny. Od tego czasu zauważała skąpą wydzielinę brunatną z pochwy a czasami wydzielina ta zawierała małe ziarna. Przy badaniu pochwy spostrzeżono mały otwór w górnéj części tylnego sklepienia, z którego widocznie wydzielał się kal. Ból ustąpił po uregulowaniu wypróżnień stolcowych, a otwór w pochwie wygojono za pomocą przyżegań galwanokauterem.

Jak widzieliśmy objawy są odmienne u osób przedtém zdrowych i u gruźlicą dotkniętych (biegunka). Ma to miejsce prawdopodobnie dla tego, że u gruźliczych przebicie powstaje skutkiem owrzodzenia, konkrecyje nie dostają się nagle do jamy brzucha, a skutkiem długiego trwania sprawy chorobowéj powstają zrosty z sąsiedniemi tkaninami; zapalenie również nie występuje tak łatwo u osób schorzałych i charłaczych. Z wyjątkiem małéj liczby przypadków, w których przychodzi do zrostów z sąsiedniemi utkaniami lub do przebicia na zewnątrz, chorzy ulegają chorobie; ale trwanie choroby jest różne zależnie od zmian patologicznych.

Na 57 przypadków z zejściem śmiertelném w 40tu, tj. w 70%, śmierć nastąpiła w 1szym tygodniu choroby, 8 umarło w 2gim tygodniu, 3 w 3cim tygodniu, a reszta między 9 a 20tym tygodniem choroby. U osób zmarłych w 1szym tygodniu zapalenie otrzewny było powodem śmierci, u reszty zapalenia błony brzusznéj nie spostrzeżono. Objawy przebicia wyrostka robaczkowego, jakkolwiek bardzo się różnią, są bardzo ważne, dla tego wypada się nad niemi szczegółowo zastanowić. Przy rozlaném zapaleniu otrzewny cały brzuch jest mocno wzdęty; w przypadkach ropnia napotykamy tylko obrzęk w okolicy podbrzusza albo biodrowéj. Wyraźny obrzęk znajdujemy tylko w przypadkach chronicznych. Chełbotania wykazać nie można dla głębokości ropnia. Wypukiem stwierdzić można odgłos bębenkowy na całéj przestrzeni brzucha; w późniejszych okresach odgłos na ograniczonéj przestrzeni jest stłumionym i nie zmienia się przy zmianie położenia chorego. Rozpoznanie jest bardzo ważném, gdyż od niego zależy leczenie. Najważniejszemi punktami, które zapamiętać sobie należy ze względu na rozpoznanie tego stanu chorobowego są: nagłość z jaką gwałtowny ból powstaje u osoby poprzednio zdrowéj, nagłe wystąpienie rozlanego zapalenia błony brzusznéj, zwiększone napięcie i bolesność jamy biodrowéj prawéj i podbrzusza, zmniejszona odporność przy wypuku tych okolic obok towarzyszącego kruczenia, a w niektórych przypadkach obecność obrzęku w miednicy przez kiszkę odchodową wykazać się dająca. Przebicie wyrostka robaczkowego można wziąść za inne ostre lub chroniczne stany chorobowe. Przy uwięźnieniu jelita wewnątrz jamy brzusznéj objawy są podobne: napad gwałtownego bólu, wymioty, zaparcie stolca i obrzęk w jamie brzusznéj; ale ból jest więcéj do kolek podobny (klujący) i przerywany, wymioty i zaparcie stolca uporczywsze, obrzęk bywa odgraniczonym, twardszym i mniéj tkliwym przy dotyku; również towarzyszy tym objawom krwotok do przewodu pokarmowego, obok braku stłumienia zupełnego i kruczenia w podbrzuszu albo okolicy biodrowéj prawéj, które mają miejsce po przebiciu wyrostka. W *typhlitis* występuje także ból w okolicy biodrowéj i obrzęk; ale oba objawy występują stopniowo i powoli; ból bywa stosunkowo mniejszym, nadto brak wymiotów częstych i obrzęk bywa więcéj odgraniczonym. Gdzie jednak nastąpi przebicie wyrostka tuż przy jelicie ślepém, tam nie można rozróżnić przebicia wyrostka od owrzodzenia w jelicie ślepém. Są także postacie ostrego gruźliczego zapalenia otrzewny, które łatwo pomieniać można z przebiciem; objawami wybitnemi są: ból w podbrzuszu, stłumienie przy opuku i stan gorączkowy. Choroba rozwija się jednakże więcéj stopniowo, bolesność rozciąga się na całą przestrzeń brzucha; nie napotykamy jednak wyraźnego guza lub odporności w podbrzuszu; stłumienie jeżeli jest, to zmienia się ze zmianą położenia chorego; biegunka bywa zazwyczaj gwałtowna a w płucach napotykamy konsolidacyję. Najważniejszym jednak punktem zasługującym na uwzględnienie w rozpoznaniu w téj chorobie jest brak obrzęku w okolicy biodrowéj prawéj albo z przodu kiszki odchodowéj. Autor miał nie dawno dwa przypadki w swoim oddziale, gdzie rozpoznanie było nadzwyczaj trudném i gdzie łatwo można było mylnie rozpoznać przebicie wyrostka robaczkowego; w pierwszym rozpoznano zapalenie tkanki łącznéj miednicy, w 2gim *hematokele retrouterina.* Pierwszy z tych przypadków dotyczył kobiety, która zaczęła doznawać gwałtownego bólu w boku obok gorączki i uczucia pełności i bolesności w okolicy biodrowéj i zgiętéj postawy uda w stawie biodrowym. Chorobą dotkniętą była strona lewa, objawy te wystąpiły po poronieniu a przy badaniu przez pochwę napotkano rozlany bolesny obrzęk po lewéj stronie macicy. Wkrótce powstał ropień po lewéj stronie brzucha, który przecięto. W takich tylko przypadkach powstać może wątpliwość co do rozpoznania, gdy ropień jest usadowiony po stronie prawéj i jeżeli przebicie wyrostka wywołuje ropień naokoło jelita ślepego zajmujący tkaniny jamy biodrowéj. Dokładne jednak badanie przez pochwę i kiszkę odchodową naprowadzi zazwyczaj na właściwe rozpoznanie. W 2gim przypadku chora nagle dostała gwałtownego bólu w brzuchu a przy badaniu natrafiono na obrzęk w prawéj stronie podbrzusza. Objawy te wystąpiły u choréj anemicznéj w okresie pokwitania; przy badaniu przez pochwę natrafiono na wielki obrzęk, wypełniający miednicę, wypierający macicę ku przodowi i uciskający prostnicę. Przypadek ten możnaby było uważać jako

przebicie wyrostka robaczkowego, gdyby badający zaniechał był badania przez pochwę. Niektórzy autorowie chorobę jajników wzięli za przebicie wyrostka robaczkowego. Badanie przez odbytnicę lub pochwę wyjaśni każdy wątpliwy przypadek; obrzęk jajnika bywa ostro odgraniczonym, nie przedstawia się nigdy jako rozlany i powstaje zwykle bardzo powoli, podczas gdy objawy chorobowe po przebiciu wyrostka szybko postępują.

Leczenie dawniéj polegało na wenesekcyi, któryto zabieg mógł raczéj szkodzić choremu niż pomódz gdyż zmniejszał tylko siły żywotne chorego, a têm samêm przeszkadzał powstaniu zrostów z sąsiedniemi narządami. Inne przypadki leczono środkami przeczyszczającemi, gdyż przypuszczano, że objawy chorobowe powstały z zatkania jelit. Środki te musiały także więcéj szkodzić niż pomagać jak w każdéj formie zapalenia otrzewny. W ostatnich czasach podawać zaczęto tym chorym makowiec, który także nie zmniejszał śmiertelności choroby, zmniejszał jednak chwilowo ból, wymioty i sprowadzał sen.

Inny plan leczenia zastósowano z powodzeniem, polega on na otwarciu ropnia naokoło miejsca przebicia i wypuszczeniu ropy. Pierwszy, który w ten sposob leczył przypadek przebicia wyrostka robaczkowego, był Hancock, a przypadek jego zakończył się wyzdrowieniem. W 20 lat póżniéj Dr. Parker z Nowego Jorku również z powodzeniem wykonał tę operacyję, a Dr. Gordon Ruck z Nowego Jorku zebral 13 podobnych przypadków operowanych, z których 12 zakończyło się wyzdrowieniem. Autor dwa razy wykonał tę operacyję: w pierwszym przypadku operowano, gdy chory już był wycieńczony i prawie konający; ropę jednak napotkano i wypuszczono, drugi przypadek chroniczny po otwarciu ropnia zakończył się pomyślnie. Chelbotanie nie zawsze jest w tych przypadkach wyraźnêm a w dziesięciu przypadkach Dra Rucka tylko w jednym było wyraźnêm; nie należy więc czekać aż do pojawienia się tego objawu ropnia. W żadnym z tych przypadków nie robiono zabiegu operacyjnego przed 7mym dniem choroby i z wyjątkiem jednego przypadku operacyję wykonano pomiędzy siódmym a pietnastym dniem choroby. Widzieliśmy jednak, że 40 przypadków na 57 zakończyło się śmiercią w 1szym tygodniu choroby; gdybyśmy więc czekali aż do czasu, w którym występuje ropień odgraniczony przez zrosty, operacyja ograniczyłaby się do małéj liczby chorych dotkniętych tą chorobą.

Teoretycznie wydawałoby się rzeczą korzystną naciąć siedzibę konkrecyi wywołującéj drażnienie, co jednak w następstwie wstrzymywałoby powstanie zrostów z sąsiedniemi narządami. Skoro jednak widzimy, że i takie przypadki, gdzie przyszło do zrostów, zakończyły się późniéj także niekorzystnie, usprawiedliwioną zatêm jest rada, aby w takich przypadkach zabieg operacyjny możliwie szybko przedsiębrać.

Podano dwa sposoby operacyjne: albo 1) nacięcie wprost ropnia i wypuszczenie ropy, albo téż 2) nacięcie tylko do powięzi i wyczekiwanie, aż ropień sam przebije się na zewnątrz, albo wprowadzenie aspiratora w najgłębiéj położone miejsce ropnia i wydobycie w ten sposób treści jego.

Wybór zabiegu należy pozostawić chirurgowi; zabieg, którego użyje, zależnym będzie od okoliczności. Zadaniem lekarza jest wcześnie rozpoznać należycie, ażeby można jak najprędzéj działać chirurgicznie w tych przypadkach, gdyż tylko wtedy zabieg chirurga będzie mieć rękojmię powodzenia. *(Lancet* 1884, Decbr).

Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

A. Krokiewicz: **O niektórych nowszych lekach polecanych przeciw chorobom wewnętrznym.**

1. Agaricyn *(Agaricinum)*. Najmniejszą dawką, w któréj lek ten podawać należy, jest 5 miligr. Jako zwykłą dawkę uważać można 1—2 ctgrm. — Lek ten w przeważnéj liczbie przypadków usuwa lub przynajmniéj zmniejsza poty w przebiegu gruźlicy płuc, osobliwie we wcześniejszych okresach choroby, a działanie jego trwa niekiedy dni kilka. Przypadów ubocznych nie sprawia żadnych i dla tego może być stósowany z korzyścią zamiast atropinu, który niekiedy, nawet w małych dawkach, wznieca nieprzyjemne przypady uboczne.

2. Arbutyn *(Arbutinum)*. Dawka jednorazowa 1 grm., dawka dzienna 3—4 grm., w proszku. Lek ten, rozkładający się w ustroju przeważnie na hydrochinon, zalecany przez Menchego i Lewina przeciw ropieniu w drogach moczowych, okazał się prawie zupełnie nieskuteczny. Jestto lek bardzo drogi. Działanie jego moczopędne jest również bardzo wątpliwe.

3. Kwas mlekowy *(Acidum lacticum)*. Dawka dzienna 2—7 gm., w rozczynie 200—300 gm. Przeciw niestrawności podawany skutkuje podobnie jak kwas chlorowodowy. W moczówce cukrowéj tak gorąco polecany przez Cantaniego działa bardzo niepewnie. Lekiem nasennym wcale nie jest. Działa za to znakomicie w alkalicznêm oddziaływaniu moczu, wywołując rychło oddziaływanie kwaśne, i przeciw pojawianiu się w moczu fosforanu wapniowego zasadowego.

4. *Cannabinum tannicum*. Dawka jednorazowa 0·40 do 1 gm. Jestto lek nasenny, daleko jednakowoż słabszy aniżeli morfin. Działanie jego nie jest pewne. Własności kojących nie posiada, kaszlu nie uśmierza. Cena jego obecnie jeszcze jest dosyć wysoka. Zasługuje na uwzględnienie w lżejszych przypadkach bezsenności, osobliwie u chorych, którzy morfinu nie znoszą.

5. Wyciąg ze znamion kukurydzy *(Extr. stigmatum maidis)*. Dawka dzienna 1—2 gm. w pigułkach. Lek ten używany we Francyi, zupełnie prawie nieznany u nas i w Niemczech, działa rozmaicie, stósownie do czasu zbierania i sposobu przyrządzania wyciągu. Zdaje się zasługiwać na poddanie liczniejszym doświadczeniom jako lek skuteczny w nieżytach pęcherza moczowego, osobliwie zaś w nieżytach miedniczek nerkowych na tle kamyczków nerkowych rozwijających się.

6. Cytrynian chinoidowy *(Chinoideum citricum)*. Dawka jednorazowa 1—2 gm. codziennie. Lek ten polecany w czasach najnowszych przez Hagensa jako lek przeciwzimniczy, jest bajecznie tanim (1 gm. kosztuje w fabryce Jobsta 1 kr.). Działa znacznie słabiéj aniżeli chinin, nie zmniejsza obrzęków śledziony zimniczych i nie zapobiega dostatecznie nawrotom zimnicy. Nader ujemną własnością tego leku jest zdolność wzniecania wymiotów (nawet w takim razie, jeżeli lek podanym bywa należycie osłonięty opłatkiem) i wywoływania innych przypadów gastrycznych. — Pomimo téj wielkiéj zalety, jaką stanowi bezprzykładna taniość tego leku, przecież tylko w ostateczności u chorych bardzo ubogich można się odważyć na podanie cytrynianu chinoidowego w celu zwalczania przypadów zimniczych w téj myśli, aby potêm dla usunięcia obrzęku śledziony podać kilka dawek chininu. Szerszego rozpowszechnienia lek ten prawdo-

podobnie tak długo nie znajdzie, dopóki nie uda się wytwarzać go fabrycznie w téj czystéj postaci, aby nie zawierał istot żywicznych, które prawdopodobnie są właściwą przyczyną tak często przydarzających się przypadków gastrycznych.

7. Kairyn (*Kairinum*). Dawka 4—8 na dzień, dawka jednorazowa 0·25—1·00 co godzinę. Zgodnie ze spostrzeżeniami innych badających stwierdzono, że lek ten wywiera podziwienia godny wpływ na ciepłotę gorączkową, obniżając wysoką ciepłotę w przeciągu kilku godzin do prawidłowéj lub nawet poniżéj prawidłowéj. Jako ujemne własności wymienić należy: *a)* że działanie przeciwgorączkowe trwa zazwyczaj tylko tak długo, jak długo podaje się lek; *b)* że leczenie to nie ma najmniejszego wpływu na przebieg choroby, że więc chory nie osiąga najmniejszéj korzyści z tego, że chorobę zakaźną lub zapalną przebywa bez podniesionéj ciepłoty, gdyż pomimo stanu bezgorączkowego zachowuje się zresztą tak samo jak chory gorączkujący; *c)* że dosyć często przydarza się zapad sił i osłabienie czynności serca, którym nie zapobiega równoczesne podawanie środków podniecających. Mniéj ważnemi przypadami ubocznemi są dreszcze, które usunąć można, podając podwójną dawkę leku, bardzo znaczne poty, bóle twarzy i tyłogłowia, wreszcie pieczenie w oczach, szczególnie w nosie. — W gośćcu stawowym przypady przedmiotowe i podmiotowe łagodnieją tylko na czas podawania kairynu i to w stopniu znacznie mniejszym aniżeli po używaniu kwasu salicylowego. — W praktyce prywatnéj leczenie kairynem musi odbywać się pod okiem lekarza wśród ciągłéj kontroli termometrem a na przypadek zapadu musi być przygotowana nie tylko silniejsza dawka kairynu, ale nadto eter i strzykawka podskórna. — W obec atropinu lek ten popada w coraz większe zapomnienie.

8. Paraldehyd. Dawka jednorazowa 4 gm. w 60 gm. kleiku z gumy arabskiéj, z dodatkiem 4 gm. syropu pomarańczowego.—Zgodnie ze spostrzeżeniami innemi stwierdzono, że lek ten wywołuje zazwyczaj sen podobny do snu fizyjologicznego, 7—8 godzin trwający, wśród którego nie nastaje żadna zmiana w oddechaniu i krążeniu. Przypadów ubocznych nie ma. Chorzy po obudzeniu się czuli się po krzepieni i ożywieni. Majaczenia gorączkowe łagodniały. Jeżeli istniał częsty kaszel, bicie serca lub ból, lek pozostawał bez skutku. W obec wad sercowych wzniecał niekiedy nudności, zawrót głowy i bicie serca. (*Medycyna* Nr. 45—48 i 51 z r. 1884). *α.*

Prof. A. Eulenburg: **Przyczynek do etyjologii i terapii wiądu rdzenia pacierzowego.**

Już od lat 20 ustaloném jest mniemanie, że kiła może sprowadzić zmiany w rdzeniu pacierzowym, których zbiór objawów niczém się nie różni od wiądu rdzenia. Pierwszy zdanie to ogłosił Wunderlich. W r. 1864 Virchow w przypadku ogłoszonym z kliniki Frerichsa również wyjawił zdanie, że wiąd rdzenia może być następstwem zakażenia kiłowego. W Anglii zapatrywanie to głównie popierał Buzzard. Sprawa ta jednak nabrała rozgłosu w świecie lekarskim dopiero w r. 1876, gdy Fournier na podstawie anatomicznéj i klinicznéj orzekł, że wiąd rdzenia pacierzowego, jeżeli nie wyłącznie to przynajmniéj w przeważnéj liczbie, zawdzięcza swe powstanie zakażeniu kiłowemu. W r. 1879 Erb w Niemczech zdanie to poparł i rozpowszechnił na podstawie licznych własnych spostrzeżeń i starannie zebranéj statystyki. Badania i prace Fourniera i Erba dały pochop do licznych coraz nowszych spostrzeżeń, tak że obecnie w przedmiocie tym nagromadzono bardzo znaczny materyjał. Mimo jednak tak wszechstronnego omawiania kwestyi zapatrywania są podzielone. Gdy z jednéj strony znakomity neurolog Erb przemawia stanowczo za zależnością wiądu rdzenia od kiły, pisząc: *Die Syphilis ist eine der wichtigsten, wenn nicht die wichtigste Bedingung für das Entstehen der Tabes* i daléj *und kaum Jemand die Chance hat, tabisch zu werden, der nicht früher syphilitisch gewesen ist,* — drugi znakomity klinicysta Leyden powiada: *endlich haben in der neuesten Zeit die Discussionen über den therapeutischen Werth der Nervendehnung bei Tabes und der Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis viel Staub aufgewirbelt, ohne jedoch nachhaltige Wirkungen zu hinterlassen* i po wyliczeniu głównych dowodów przemawiających przeciw zawisłości wiądu rdzenia od kiły dodaje: *die Syphilis als Aetiologie der Tabes muss daher zurückgewiesen werden.* Daléj jeszcze niż Erb idzie Moebius w ostatniéj przez siebie ogłoszonéj pracy, mówiąc: *sollte die Ergotintabes nicht typische Tabes sein, so wäre es meines Erachtens rationell, bis auf Weiteres für alle Fälle die Syphilis als Causa prima anzusehen.*

Eulenburg sądzi więc, że tę ważną kwestyję zależności wiądu rdzenia od kiły, dotąd nierozwiązaną, rozstrzygnąć tylko może statystyka. Odzywa się téż do lekarzy wzywając o ogłaszanie spostrzeżeń w tym względzie. Sam zaś, opierając się na 125 przypadkach wiądu, w których rozpoznanie żadnéj wątpliwości nie ulegało, zebranych w czasie od 1go stycznia 1880 do 1 lipca 1884, przychodzi do następującego przekonania: Między chorymi na wiąd znajduje się bardzo wielka liczba takich, którzy przedtém byli kiłą zarażeni. Liczba ta jest znacznie większą, niż z dotychczasowych, niedokładnie pod względem wywiadów zebranych i ogłoszonych, historyj chorób, wnosićby należało. W jakim stosunku pozostaje kiła do następowo powstającego wiądu, nie chce autor rozstrzygać. Zdaje mu się jednak, że w pewnéj części przypadków, i to znaczniejszéj, kiła wprost jest bezpośrednią przyczyną wiądu, w innych zaś jest tylko momentem usposobiającym, podobnie jak się to rzecz ma z dziedzicznością, ciężkiemi przebytemi chorobami, wzruszeniami psychicznemi itd. Te przypadki wiądu, które dotyczą osób przedtém zarażonych kiłą, niczém nie różnią się pod względem biegu od zwykłego niekiłowego wiądu. Również nie widzi autor różnicy w obu kategoryjach pod względem rokowania i leczenia. Przypadki wiądu, poprzedzone zakażeniem kiłowém, mogą tak po leczeniu przeciwkiłowém, jak i leczeniu swoistém przeciw wiądowi doznać polepszenia, a nawet być wyleczonemi, jak i każdy inny przypadek wiądu. W ogóle autor nie przypisuje leczeniu przeciwkiłowemu wielkich skutków. — Do pracy swéj dołącza autor nader starannie zestawione tablice. (Virchowa Archiw, T. 99, Zesz. 1, 1885).

Dr. Kopff.

Wiadomości pomniejsze.

Ω Bouchard: **Doświadczenia nad trującém działaniem prawidłowego moczu.** Autor zwrócił w r. 1881 uwagę na to, że mocz pochodzący od cierpiących na choroby zakaźne działa mocno trująco. Obecnie ogłasza B. doświadczenia robione w tym kierunku z moczem prawidłowym. Wstrzykiwał on mocz prawidłowy zobojętniony, bez robienia wyciągów z niego, wprost do żył królika. Na wstępie wykazuje, że można bez szkody króli-

kowi zastrzyknąć 90 cm. sz. wody na jeden kglm. wagi, tj. 117 grm. wody na 100 grm. krwi. Zaraz po zastrzyknięciu źrenice ściągały się i stawały się nader małemi, oddechanie z początku przyspieszone, potém słabło, głowa opadała, śpiączka. Wydzielanie moczu zwiększone, ciepłota szybko opadająca, odruchy bardzo słabe, oddechanie coraz płytsze, wreszcie śmierć pośród drgawek. Po śmierci serce jeszcze bije chwilę, a mięśnie jeszcze czas długi są wrażliwe na bodźce. Jeżeli niezastrzyknięto dawki dużéj, zwierzę prędko przychodzi do siebie, a mocz wtedy zawiera trochę białka. Średnią dawką śmiertelną było 40—60 cm. sz. moczu na klgm. zwierzęcia. Szczególniejszém jest, że mocz człowieka, który uległ lekkiemu przeziębieniu, działał znacznie silniéj trująco, tak że nawet do zabicia królika wystarczało mniéj niż 12 cm. sz.

Daléj przekonał się autor, że ani woda ani mocznik, ani kwas moczowy, ani kreatynina, ani téż mineralne lub lotne składniki moczu nie działają w ten sposób trująco. Mocz jednak przepuszczony przez węgle zwierzęce i odbarwiony, traci bardzo wiele na mocy trującéj.

Na razie nie może autor powiedzieć, jaka jest przyczyna trującego działania moczu. Wielką wagę przypisać należy ciałom, które węgiel pochłania. Dalszém zadaniem autora będzie zbadać te ciała. Zdaniem jego jednak objawów mocznicy przypisywać nie można jednemu ciału, lecz działaniu zbiorowemu liczniejszéj ich grupy. (*Allg. Med. Ztg.* 1885).

(γ) **Dezinfekcyja plwociu u suchotników.** Na higijenicznym kongresie w Hadze podał Dr. J. Sormani, profesor higijeny uniwersytetu w Padwie nader ciekawe szczegóły, odnoszące się do doświadczeń robionych w tym roku z plwocinami suchotniczemi na 150 świnkach morskich. Celem badania w każdym przypadku było wykazać, jakiemi chemicznemi lub innemi sposobami można zobojętnić prątki, które w plwocinach w znacznéj ilości poprzednio wykryto. Wynik tych doświadczeń zestawił S. jak następuje: 1. Prątki gruźlicze były w ogóle trudne bardzo do zniszczenia; suchość, wystawienie na działanie tlenu, gnicie i największa część środków odwietrzających okazały się bezskutecznemi. 2. Jedynie ciepłota 100°C. zabijała prątki w 5 minut po zagotowaniu. 3. Próby ze sztuczném trawieniem prątków przekonały, że ze wszystkich żyjących ustrojów sok żołądkowy lub kw. solny najtrudniéj niszczy prątki. Do zabicia tych mikrobów potrzeba nader czynnego trawienia. Zdrowy człowiek może zniszczyć prątki w swoim żołądku, lecz żołądek dziecka lub téż wyrostka ze słabszém trawieniem przepuści prątki bez naruszenia ich, tak iż zatrzymują całą zaraźliwość, a to pociąga za sobą wewnętrzne owrzodzenia itd. 4. Prątki gruźlicze mogą się przechować nienaruszone przez cały rok, skoro są zmięszane z wodą, prawdopodobném jest choć niedowiedzioném, że przez ten przeciąg czasu są w stanie zatrzymać swą siłę szkodliwą. Picie więc wody może stanowić drogę, którą rozpowszechniają się suchoty. Prawdopodobném jest także, iż zakażone płótna zachowują zaraźliwość przez ciąg pięciu do sześciu miesięcy. 5. Wyskok nie niszczy zarazka i nałogowi pijacy często cierpią na suchoty. 6. Tran rybi, ozon, przetwory wysoko ukwaszone i tym podobne środki lekarskie nie wywierają żadnego wpływu na zabicie prątków, a będźwinian sodowy, salicylan sodowy, siarkan zynkowy, kwas karbolowy, jodek srebra, bromek, kamfora itd. równie nie są skuteczniejszemi. Środki te szkodzą prątkom, ale ich nie niszczą a przynajmniéj nie w tych dawkach, jakich bez niebezpieczeństwa używać można. 7. Czynniejsze działanie przypisać można kreozotowi, eukaliptolowi, czystemu kw. karbolowemu, naftalowi i dwuchlorkowi rtęci. 8. Dla odwietrzania spluwaczek ma być zupełnie dostatecznym 5% roztwór kw. karbolowego, a Dr. Sormani twierdzi nawet, iż oddech nie zawierał nigdy prątków. Rzuca on téż myśl, że nastoje terpentynowe lub eukaliptowe należy rozpylać po domach jako środek niszczący ten swoisty zarazek. (*The Lancet.* 1884, II, Nr. 12).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

II. Posiedzenie zwyczajne z dnia 4 lutego 1885 r.

Przewodniczący kol. Rosner. Członków obecnych 16.

1) Przewodniczący oznajmia, że Komitet Tow. w sprawie wniosku kol. Domańskiego uchwalił: Z uwagi, że wydawanie Rocznika jest życzeniem wielu kolegów, ponieważ ułatwia przegląd czynności Tow., a zbiór Roczników stanowić może pogląd na historyję Tow., Komitet uważa wydawanie Rocznika za rzecz pożyteczną, nie obciążającą zbytecznie budżetu Tow., uchwala wydawać nadal Rocznik w sposób dotychczasowy, porucza zaś wydawnictwo Komitetowi lub kol. Grabowskiemu.

Kol. prof. Mikulicz zgadza się wprawdzie na zatrzymanie tymczasowe Rocznika, lecz sądzi, że w jego miejsce na przyszłość powinien wychodzić Rocznik, zawierający prace oryginalne, tak jednak obszerne, lub ozdobione tablicami, rycinami itp. że w łamach Przeglądu pomieszczone by być nie mogły. Umotywowany wniosek obiecał kol. Mikulicz postawić, po porozumieniu się z Komitetem, na jednem z najbliższych posiedzeń Tow.

2) Kol. Obaliński wygłosił swe spostrzeżenia herniologiczne oparte na 145 przypadkach przepuklin uwięźniętych, zebranych przeważnie z czasów piętnastoletniéj swéj działalności jako operatora szpitala św. Łazarza, po części zaś z własnéj praktyki prywatnéj. Prelegent pomijał szczegóły, które w najbliższym czasie obiecał pomieścić w jedném z czasopism lekarskich polskich, a podał tylko treść rozprawy, dotyczącéj kwestyj bardzo ważnych, jak odsetek śmiertelności w przepuklinach uwięźniętych w ogóle, następnie w obec poszczególnych zabiegów, np. odprowadzenia bezkrwawego i krwawego — wskazań do resekcyi kolistéj jelita—niebezpieczeństw wynikających z poszczególnych metod postępowania itd.

Z powodu spóźnionéj pory odłożono dyskusyję nad tym wykładem do następnego posiedzenia. *Dr. Dobruchowski.*

VI. Maciej Józef Brodowicz.

Rys bijograficzno-historyczny.
Skreślił
Prof. Dr. Józef Oettinger.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

Dzieje tych szczęśliwie do skutku doprowadzonych zabiegów skreślił Br. pod napisem: Rys historyczny zakładów klinicznych w Uniw. Jagiell., w tomie VIII Roczników Wydziału lek. z r. 1845. — Przemowa zaś jego inauguracyjna „O instytutach klinicznych", wyłuszczająca wymagania naukowe i materyjalne podobnych zakładów z krótkim rysem historycznym ogłoszona była pierwotnie w Rozmaitościach naukowych a potém przedrukowana w Przeglądzie Ogólnym swojego zawodu lekarskiego i nauczycielskiego 1871 r.

Wyniesienie klinik ze szpitala sławiono jako ich wybawienie, jako nowe ich stworzenie i odrodzenie, przyrównano do wielkich dzieł heraklowych, a młodzież w wdzięczném uniesieniu w następne zaraz imieniny mistrza, zdobiąc salę wykładową olejnym jego obrazem, w wierszu górnolotnym napisanym w ciężkim pocie czoła przez jednego z uczniów, Józefa Lewickiego, tak między innemi tę opiewa zasługę:

Zkądżeś wziął moc silniejszą nad Alcyda ramię,
Gdy z nami codzień dążysz z śmiercią staczać wojny?

— — — — — — — —

Ilekroć w te ustronia wniesiem krok za Tobą,
Jeszcze nam smutna przeszłość na pamięć przywodzi
Owe mury grobową rażące żałobą,
Owe posępne kąty po zakonnéj młodzi;
Gdzie licznie zgromadzeni w norzyska tak ciasne,
Wciągaliśmy do piersi powolne trucizny,
A cudze krzepiąc zdrowie traciliśmy własne.

Pierwéj jeszcze z polecenia Rady Wielkiéj Uniwersytetu jako członek wyznaczonéj do tego Komisyi wypracował Br. plan nauk z corocznemi egzaminami, tudzież ustawę urządzającą tryb egzaminów ścisłych na stopnie naukowo-lekarskie, co uzyskawszy urzędowe potwierdzenie obowięzywało aż do reorganizacyi w r. 1833.

Po śmierci senatora i prof. Mik. Hoszowskiego w r. 1828 na polecenie rezydenta austryjackiego Oechsnera spotkał Brodowicza zaszczyt zostać zastępcą konserwatora Uniw. księcia Metternicha, który mu własnoręcznym listem dostojeństwo to poruczyl na zasadzie doniesionych zalet a szczególniéj wychwalanego usposobienia przychylnego Austryi (*so wie Ihre gute Gesinnung für Oesterreich angerühmt worden sind*).

Godność tę piastował aż do wcielenia Krakowa do monarchii rakuskiéj w r. 1846. Nadzieja, że pod tym tytułem jako członek Rady Wielkiéj Uniwersytetu będzie mógł hamować dowolne zapędy kuratora, srodze go omyliła, gdyż tenże słuchając rozkazów swojego konserwatora Nowosilcowa, mającego wtedy przewagę, wcale nie szanował ustaw i neutralności wolnego miasta Krakowa, lecz jak podaje Br, „wypędzał coraz więcéj profesorów, przyjmując innych lub sadząc na katedry zastępców; ścigał, więził, indagował, sądził biednych uczniów i odstawiał osądzonych Nowosilcowowi do Warszawy, ograniczał prawo korporacyi nauczycielskiéj .... nakoniec nie przestając na juryzdykcyi szkolnéj mięszał się do wszystkich interesów politycznych Republiki i kłócił ciągle z Senatem Rządzącym“, a co do Rady wielkiéj Uniw. przywłaszczył sobie jéj atrybucyje i zupełnie ją usunął. Miał on jednak zasługę, że sprowadził dwóch znakomitych profesorów: Michała Wiszniewskiego z Krzemieńca i Ludwika Bierkowskiego, prof. chirurgii, w miejsce oddalonego Lewkowicza. Brodowiczowi zaś nie będącemu zwolennikiem rosyjskich urządzeń wyjednał przecie w r. 1830 pochwałę od Senatu Rządzącego za liczne jego i gorliwe usługi na polu nauczycielskiém i lekarskiém, pomnożone świeżo szczęśliwém przywróceniem wzroku za pomocą operacyi czterem biednym ociemniałym.

Powstanie listopadowe w r. 1830/1 wystawiło deptaną ciągle neutralność rzeczypospolitéj z innéj znowu strony na świeżą i tém cięższą próbę, ile że wyzywała najdrażliwsze i najszlachetniejsze uczucia. Nie wytrzymała jéj też istotnie, choć z uszanowaniem legalnéj formy rządu. Gorączkowe tętno w Warszawie silném drgnięciem udzieliło się Krakowowi i przerwało wstrzymujące sztuczne tamy szczerego i czynnego spółczucia. Młódź, jak ze swego stanowiska ubolewał Brodowicz, zabawiła się w politykę, bo mówiąc nawiasem, nie dała się niemieckim klasykom przerabiać i zachowała myśli, uczucia i mowę swych przodków. Śród powszechnego wzruszenia ulotniła się po cichu znienawidzona kuratoryja. Prezes Senatu zuchwałym rozruchem studenckim pod przewodem Gudrajczyka zniewolony opuścił swe stanowisko, znaglony udać się do Królestwa Polskiego, gdzie jako wojewoda miał krzesło w Senacie. Podczas nie bezkrólewia, gdyż króla mały kraik nie posiadał, ale raczéj—bezrządu z martwych powstała Rada Wielka zajmując się przeważnie sprawami osobistemi, unieważniła nominacyje i odprawy byłego Kuratora zastępując je swojemi. Byliby padli ofiarą téj zawziętości Bierkowski i Wiszniewski, ale obronił ich skutecznie Brodowicz.

W tymże roku zawleczona z Rosyi cholera azyjatycka nieuszanowała także ściśléj neutralności i wkroczyła do Krakowa dając powód do utworzenia Komitetu cholerycznego, któremu przewodniczył jako senator Dr. K. Soczyński. Nieubłagany ten wróg swojego niegdyś zwycięzcy pałając niepohamowaną zemstą nieustawał w swych napaściach, używając brudnéj broni paszkwilu, potwarzy i psot złośliwych, ale zawsze bez skutku.

Tym razem chciał z komitetu wykluczyć profesora kliniki, co mu się znowu nie udało, uledz bowiem musiał stanowczemu żądaniu i głosom reszty członków. Sam jednak wpadł w matnią przez siebie dla przeciwnika nastawioną w sprawie następującéj. Rząd austryjacki zażądał od komitetu wyjaśnień i spostrzeżeń zebranych o panującym pomorze. Jednocześnie rezydent Lorenz w imieniu księcia Metternicha zasięgnął prywatnie w tym względzie opinii Brodowicza, który odsyłając po obszerniejszą wiadomość do Komitetu rozporządzającego całym urzędowym materyjałem skreślił od siebie swoje osobiste zdanie w formie listu w języku niemieckim. Na ostatniém posiedzeniu Komitetu odczytał on to pismo nie wspominając atoli nic o jego pobudce i pierwotném przeznaczeniu. Prezes pochwaliwszy je wraz z innymi kolegami prosił o jego udzielenie na dni kilka, by z niego mógł korzystać, co mu téż chętnie zostało przyzwolone. Wkrótce potém p. Lorenz wpada do Brodowicza z gorzkim wyrzutem, że zamiast obiecanego dokładnego sprawozdania otrzymał od Komitetu dosłowny odpis otrzymanego już poprzednio listu. Pan senator w obec odkrytego haniebnego podstępu wykręcał się bezczelném twierdzeniem, że nie on, lecz jego przeciwnik dopuścił się na nim plagijatu i to cudownie przed ukazaniem się a raczéj urodzeniem jego utworu!

Jakie o cholerze Br. objawił zdanie okazuje się z następujących słów ogłoszonych w 40 lat późniéj w jego Przeglądzie Ogólnym str. 140 objaśnień:

„Owóż śmiem twierdzić dzisiaj jeszcze, tak jak twierdziłem przed 40 laty, że do cholery, téj konwulsyjno-kurczowéj choroby żołądka, jelit i wszystkich w końcu muszkułów, usposobił zwolna Europę jéj duch społeczny, równie także konwulsyjno-kurczowy, który nią targał od końca zeszłego wieku, łącznie z azyjatyckim sybarytyzmem, który od wyższych klas począł się i coraz to więcéj do niższych zstępuje: a więc żarłoctwo, pijaństwo i reszta towarzyszów téj waluty.“

Po upadku powstania i zajęciu na krótki czas Krakowa przez wojska rosyjskie, oczekiwano z obawą, co się stanie z rzecząpospolitą?

Brodowicz jako zastępca konserwatora austryjackiego pragnął w zamiarze ochrony starożytnéj Akademii krakowskiéj od grożących jéj ciosów, jeżeli nie od zupełnego zwinięcia, o którém nie bez podstawy przebąkiwano, wyprawić do swojego dostojnego mocodawcy księcia Metternicha obszerne sprawozdanie, wyłuszczające cały tok spraw uniwersyteckich, począwszy od utworzenia rzeczypospolitéj, opisujące rządy kuratorskie i polecające w końcu starożytną szkołę Jagiellońską względom wysokiego protektora. Mieli to uczynić także dwaj koledzy, każdy do swego względnie konserwatora: pruskiego i rosyjskiego. — Sprawa ta w łonie Uniwersytetu wywołała rozdwojenie i naprężony stosunek Bro-

dowicza do ówczesnego Rektora Estreichera. Ten albowiem od siebie do wszystkich trzech dworów opiekuńczych wyprawił raport jeneralny, który pierwszemu nie wydawał się dość dokładny zwłaszcza co do rządów kuratorskich.

Na początku kwietnia 1833 zjechała Komisyja reorganizacyjna złożona z barona Pflügla w imieniu Austryi, p. Tęgoborskiego z Rosyi i p. Forkenbecka z ramienia Prus.

Bezprzykładne upokorzenie czekało poważną naszą macierz, którego wspomnienie dziś jeszcze rumieńcem wstydu twarz oblewa. Zdeptano ją nie tylko, ale nogami kopano odmawiając jéj wszelkich zasług, wszelkiego pożytku a nawet jakiegokolwiek wyższego przeznaczenia i powołania. Potępiono profesorów, uczniów, wykłady i z pogardą niemal kazano jéj zrzec się na zawszo równego z innemi wszechnicami stanowiska i spółzawodnictwa a poprzestać na stopniu niskim szkoły jedynie rzemieślniczo-zawodowéj kształcić mającéj praktycznych księży, prawników i lekarzy bez umiejętnego namaszczenia.

W memoryjale francuskim z d. 23 kwietnia 1833 wskazującym podstawy zamierzonéj organizacyi czytamy we wstępie pod l. 6: *„Aussi depuis 18 ans de sa nouvelle existence cette Université ne s'est point fait connaitre d'une manière avantageuse par ses travaux scientifiques et n'a pas fait sortir de ses bancs un seul sujet d'un mérite supérieur.“* A następnie w rozdziale o reformach wskazano pod 1, 2 i 19.

„De protéger en général l'étude des sciences exactes et de celles, qui sont d'une utilité pratique et réelle, de préférence à celles des sciences abstraites et spéculatives, qui n'ont pas un vaste champ à parcourir à l'Université de Cracovie et dont l'application ne peut être dans un aussi petit état d'un intéret réel.“

„Les facultés de Theologie et de Médecine seront considerées comme les parties les plus importantes de l'Université et elles seront l'objet particulier des soins du Gouvernement et de l'autorité universitaire.“

„On doit en général pour le plan d'études à l'Université suivre autant que les circonstances locales le permettent et sur une échelle retrécie le système et les principes observés en Autriche.

W rzeczywistości zamierzono posunąć jeszcze daléj te ograniczenia aż do ostatecznych krańców. Ściśnięto podwiązkę sercową tak mocno, że aż tchu brakło, i zaćmiło się w oczach.

W téj smutnéj doli dla Uniwersytetu i dla Wydziału lekarskiego mimo zapowiedzianéj dla tego ostatniego względności, Brodowicz stał się jego prawdziwym konserwatorem, jego, śmiało rzec można, Aniołem stróżem. Gdyby tę jednę tylko położył zasługę, jużby zapisał swe imię w poczet dobrodziejów téj starożytnéj Szkoły Głównéj.

Powołany do Komitetu akademickiego mającego na wskazanych podstawach wypracować w szczegółach projekt reorganizacyi, nie bez trudu i walki a z usilną troskliwością ożywioną gorącém przywiązaniem do drogiego zakładu ojczystego, Wydział lekarski nie tylko ochronił od uszczerbku, ale go nawet, powiększając, ile można było, ciasno wymierzoną skalę rozszerzył i dźwignął.

Godném i odważném wystąpieniem na pierwszém zaraz posiedzeniu d. 23 kwietnia 1833 wymógł cofnięcie niektórych ustępów memoryjału natchnionego, jak podejrzywano przez Nowosilcowa a napisanego, jak z pewnością twierdzi Br., przez jakiegoś W i e l e ż y ń s k i e g o, faworyta barona Mohrenheima, naczelnika tajnéj kancelaryi W. księcia Konstantego.

Liczbę katedr lekarskich nietylko w całości zachował, lecz ją powiększył o ważną i doniosłą, bo z językiem wykładowym polskim, popierając jéj potrzebę względem na uczniów lekarskich niższego stopnia nie umiejących po łacinie. Przeznaczona była do treściwego wykładu wszystkich przedmiotów teoretycznych, których przyszli doktorowie w większej rozciągłości skazani byli słuchać w języku łacińskim. Obejmował ten wykład fizykę, psychologiję, fizyjologiję, patologiję ogólną i szczególną. Na téj katedrze prof. Józef M a j e r z pomocą zacnego kolegi S k o b l a wprowadził i ustalił polski język naukowo-lekarski wskrzeszając go po części, bogacąc i do dalszego przysposabiając rozwoju.

Nie udało się ustanowienie odrębnéj katedry farmacyi, którą z chemiją złączono. Do obowiązkowych przedmiotów wciągnięto historyję medycyny. Przeprowadził Br. oprócz dawniéj już istniejącego adjunkta przy katedrze anatomii, pięciu nowych płatnych, pomiędzy nimi trzech klinicznych. Wyjednał rozszerzenie klinik, lepsze ich uposażenie, tudzież postanowienie naukowego zużytkowania szpitali przez ich gruntowne przeobrażenie, którego potem świetnie dokonał. Poruczone mu przez organizatorów dziekaństwo na dwulecie szkolne 1833/35 celem wprowadzenia w ruch nowszych urządzeń było zaszczytem uwieńczonym koroną cierniową. Trzeba było albowiem wykonywać przepisy obostrzonéj karności, dolegliwe dla uczniów i profesorów. Wpisy pierwszych doznawały przykrych utrudnień z powodu surowego zakazu dopuszczania młodzieży, któréj kolebka nie stała pod samym Wawelem, choćby tu od dziecięctwa zamieszkała.

Kilku profesorów, powołanych na katedry po rozwiązaniu się kuratoryi w końcu roku 1830, pod tym tylko wielce upokarzającym warunkiem mogłoby się utrzymać na swych posadach, gdyby z pomyślnym skutkiem zdało piśmienny i ustny egzamin konkursowy, przepisany odtąd jako droga nieodzowna do katedry. Piśmienne prace przesyłano z opiniją tutejszą do oceny według różnych wydziałów: lekarskie i filozoficzne do Wiednia, prawnicze do Berlina, a teologiczne do Petersburga. Dotknięci tém wymaganiem profesorowie woleli ustąpić, niż mu się poddać. Znalazł się pomiędzy nimi szlachetny i zacny protomedyk J a k u b o w s k i, który ze szczerym żalem pożegnany przez uczniów zrzekł się pensyi 6000 złp. za rok ostatni swych wykładów, przeznaczając ją na wieczystą fundacyję na nagrody za najlepsze prace dokonywane przez medyków nad przedmiotami przez Wydział lek. wskazanemi.

Br. postępował jak niejeden kochający ojciec, co pod surowém obliczem szczere ukrywa przywiązanie. Widoczna pobłażliwość byłaby go pozbawiła wpływu a zatém i możności wyświadczenia pożytecznych usług. Wiedział, że trzeba było koniecznie uśpić przesadną podejrzliwość, więc przybierając pozory nieubłaganego stróża pisanéj ustawy, niejednego wybawiał z kłopotu a nieraz i z rozpaczliwego położenia. Ponieważ kierunek austryjacki, któremu on hołdował, stanowczo zwyciężył, przeceniano potęgę jego i niesłusznie go pomawiano o wrogie dla sprawy narodowéj usposobienie. Nie ulega zaś wątpliwości, że nigdy swojego stanowiska w samolubnych celach ze szkodą instytucyj krajowych nie nadużywał, lecz owszem całą usilność na to zawsze obracał, aby im sumiennie służyć, aby je dźwigać a przynajmniéj od szwanku ustrzedz.

Zawód jego publiczny zbliżał się do zenitu. W uciśniętym, przygnębionym i reorganizowanym a raczéj dezorganizowanym Krakowie trzeba było widzieć, jak ta drobna fizy-

cznie postać urosła na olbrzyma, jak jéj się kłaniano, jak przed nią czołgano się i pełzano, jak z tego klasycznego, o ostrych szlachetnych rysach oblicza, okolonego srebrzystą koroną najeżonych i wczas osiwiałych włosów, strzelały spojrzenia zbawcze lub gromiące, jak powszechna pokorna uległość dała powód do pewnego mimowolnego autokratyzmu, wylęgłego z małości otaczających ludzi i stosunków w obec przerastającéj ją duchowéj siły i dzielności.

Młodzież go się prawda okrutnie bała, ale szczerze i wysoko poważała, wielbiła go jak istotę wyższą, niepospolitą. Szeptano sobie na ucho, że z tych białych promienistych włosów za pewném dotknięciem iskry się sypią.

W roku szkolnym 1835/6 miał Br. pociechę na obsadzonych świeżym konkursem katedrach, po cofnięciu się, jak wyżéj wspomniano kilku znaglonych do tego pośrednio profesorów, widzieć swoich uczniów, mianowicie Majera i Skobla, którymi tak sprawiedliwie mógł się potém pochlubić. Zaraz po upływie pierwszego dwuletniego dziekaństwa piastowanego z ramienia rządu milsze i łatwiejsze było następne, bo z wolnego wyboru kolegów. Pospieszyli się oni okazać mu swoje zaufanie, którém go ponownie w r. sz. 1836/7 zaszczycili, wymówił się jednak stanowczo od dalszego sprawowania téj godności mimo usilnych nalegań nie tylko profesorów ale i uczniów. Zabrał się bowiem do ciężkiéj, iście herakIowéj pracy wyczyszczenia stajni Augiasza, mając przeprowadzić wyjednane przez siebie postanowienie Komisyi organizacyjnéj wydobycia szpitali krakowskich z okropnego bezładu i zaniedbania, w jakie skutkiem wstrząśnień i klęsk krajowych popadły i urządzenia ich trwałego na podstawach zgodnych zarówno z wymaganiami światłéj dobroczynności, jak z potrzebami postępującéj nauki.

Było to dzieło niesłychanego trudu, bystrego rozumu, żelaznéj wytrwałości i gorącego zamiłowania dobra powszechnego. Szło bowiem o wyjaśnienie sprawy nie tylko bardzo zawikłanéj, ale ze stronniczych pobudek zwichniętéj z umysłu, popchniętéj na fałszywe tory z zatarciem rzetelnych śladów dla omylenia i uniemożnienia skutecznych dochodzeń. Trzeba było stawić czoło potężnym wpływom i zabiegom, popartym ciężką wagą pozorów religijnych, podjąć zaciętą walkę z zakonem duchownym i jego dostojnymi poplecznikami, by wyrwać z przepaści znaczne fundusze i zapewnić szpitalom razem z nową organizacyją stary ich majątek, który bezprawnie dostał się do rąk powołanych jedynie do obsługi a rządzących nim samowładnie pod opieką wyjednywanych za pomocą przychylnych protektorów rozporządzeń. Dzielny reformator pokonał twardy, nieugięty upór i wymyślne, a niewyczerpane zabiegi i przeszkody i jako członek Komitetu do organizacyi szpitali wyznaczonego, którego był inicyjatorem, duszą i sprężyną, dokonał wiekopomnego dzieła wyzwolenia głównego szpitala z pod krępującéj zależności zakonnéj i wypracował statut szpitalny przez trzy opiekuńcze dwory zatwierdzony i w r. 1839 wprowadzony w wykonanie. Statut ten obdarzający wszystkie zakłady lecznicze krakowskie jednolitą organizacyją z Dyrekcyją ogólną na czele i z kilku Radami szczegółowemi przy szpitalach łączy w sobie trafnie zasady sprężystéj centralizacyi, lecz miarkowanéj w pewnych granicach ze swobodnym ruchem autonomicznym, wciągając nadto do spółudziału czynniki naukowe, administracyjne i techniczne, a przeznaczając te zakłady nie tylko do leczenia i pielęgnowania chorych, lecz także do celów naukowo-lekarskich przez zespolenie ich z klinikami a pośrednio i z Uniwersytetem. Stanowi ona pamiętny zwrot w dziejach i losach tych dobroczynnych instytucyj, a jakkolwiek skutkiem zmiany stosunków politycznych dziś więcéj nie obowiązuje, dostarczy ona obecnym i przyszłym pokoleniom zbawiennych skazówek dotąd jeszcze należycie nie wyzyskanych. Owocem ubocznym z rozpatrywania dawnych aktów urzędowych wynikłym był wzorowo skreślony żywot Badurskiego, pierwszego profesora kliniki lek. krak., zamieszczony w tomie 2gim Rocznika Wydziału lekarskiego.— Jednomyślny wybór powołał Brodowicza w r. 1839 na godność Rektora Uniwersytetu na następne dwulecie, z którą łączyło się jeszcze wówczas przewodnictwo w Towarzystwie naukowém, nie dającém wtedy budujących znaków czerstwego i płodnego życia. Przyczynił się on atoli do jego ocknienia przez wyjednanie funduszu na roczniki, dla jego niedostatku przez kilka lat przerwane.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 8—14 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 43,9. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 4 (1 z. t.); z błonicy 1 (5 z. t.); z duru brzusznego 2 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach odry, 3 płonicy, 1 błonicy, 2 duru brzusznego, 2 duru osutkowego, 1 róży. W tygodniu od 1 do 7 lutego umarło z ospy w Londynie 41, leczyło się w szpitalach 1243, świeżo zapadło 238. Po 1 umarło z ospy w Pradze, Glasgowie, Liwerpolu, Murcyi; po 2 w Odesie, Kalkucie, 3 w Birmingham, po 10 w Wenecyi i Lizbonie, 16 w Wiedniu. Z duru osutkowego umarło w Amsterdamie, Murcyi i Granadzie po 1, w Londynie 2. Płonica panuje w Amsterdamie i Bukareszcie, błonica w Stokholmie. Z cholery umarło w Kalkucie (od 14—20 grudnia) 8, w Madrasie (od 13—19 grudnia) 27, w Bombayu (od 24—30 grudnia) 6.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 1—7 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 40,8; w Warszawie 40,6; w Poznaniu 18,6; w Wiedniu 27,4; Pradze 32,8; w Berlinie 23,3; w Hamburgu 26,0; w Gdańsku 24,4; w Mnichowie 35,2; w Dreźnie 23,7; w Lipsku 19,1; w Bazylei 26,5; w Brukseli 33,4; w Amsterdamie 37,1; w Hadze 27,8; w Paryżu 28,1; w Londynie 20,3; w Kopenhadze 23,1; w Stokholmie 36,1; w Chrystyjanii 25,2; w Petersburgu 35,7; w Odesie 38,3; w Wenecyi 35,7; w Bukareszcie 29,6; w Madrycie 45.2; w Lizbonie 33,9; w Aleksandryi 34,8; w Nowym Yorku 27,4; w Filadelfii 24,0; w Bombayu 25,2; w Madrasie 51,9. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 117.258 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W I tygodniu od 28 grudnia 1884 do 3 stycznia 1885 zmarło 69 osób, co odpowiada na rok i 1,000 m. 30,6. W tym czasie zmarło 5 osób z ospy, 1 z płonicy, 2 z błonicy, 1 z krztuśca, 3 z duru brzusznego i 1 z gorączki połogowéj.

W II tygodniu od 4—10 stycznia r. b. zmarło 84 osób, co odpowiada na rok i 1000 mieszkańców 37·3. W tym czasie zmarło 7 osób z ospy, 2 z płonicy, 1 z błonicy, 1 z dławca, 1 z krztuśca, 1 z duru brzusznego, 1 z gorączki połogowéj.

W III tygodniu od 11—17 stycznia r. b. zmarło 89 osób, co odpowiada na rok i 1000 m. 39,5. W tym czasie zmarło 10 osób z ospy, 1 z błonicy, 1 z dławca.

W IV tygodniu od 18—25 stycznia r. b. zmarło 103 osób, co odpowiada na rok i 1000 m. 45·7. W tym czasie zmarło 8 osób z ospy, 4 z błonicy, 3 z dławca, 1 z duru brzusznego.

W V tygodniu od 26—31 stycznia r. b. zmarło 112 osób, co odpowiada na rok i 1000 m. 49·6. W tym czasie zmarło 8 osób z ospy, 1 z krztuśca, 4 z duru brzusznego.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 26 lutego. Na posiedzeniu w d. 23 b. m. odbytém Wydział lekarski udzielił stypendyjum z funduszu radzcy stanu Walentego Szklarskiego Drowi Ignacemu Schaitterowi, demonstratorowi przy katedrze medycyny sądowéj.

* **Wiedeń**. Prof. Hyrtl obchodzić będzie w miesiącu marcu r. b. jubileusz 50-letni nabycia dyplomu doktorskiego. Koła lekarskie gotują owacyje dla znakomitego uczonego.

* **Praga czeska**. Spolek lek. česk. w roku ubiegłym liczył członków honorowych 14, czynnych 116, korespondentów 292, razem 422. Pomiędzy honorowymi znajdują się rodacy nasi prezes Majer i prof. Szokalski, pomiędzy czynnymi prof. Horbaczewski i Dr. Obrzut, pomiędzy korespondentami zaś: Drowie Dobrzycki, prof. Hoyer, Tyrchowski, Kryszka, Lubelski i Talko w Warszawie, Janiszewski w Lublinie, hr. Krasiński w Krakowie, Skowroński w Tarnowie, Krajewski w Cieplicach, Smoleński w Jaworzu.

* **Wiesbaden**. Pod przewodnictwem Frerichsa odbędzie się tu od 8—11 kwietnia rb. IV Zjazd internistów.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń**. Dr. Henryk Paschkis potwierdzony został jako docent prywatny farmakologii. — **Getynga**. Docent prywatny Dr. Bürkner mianowany został nadzw. profesorem otiatryi. — **Graz**. Dr. Karol Fürst, b. asystent prof. Gustawa Brauna w Wiedniu, habilitował się tu jako docent prywatny. — **Koloszwar**. Habilitowali się Drowie Jan Benel i Emanuel Goth, pierwszy jako docent leczenia ran, a ostatni ginekologii. — **Petersburg**. Habilitowali się w Akademii wojskowo-lekarskiéj Drowie Afanasiew (z ogólnéj patologii i terapii), Monastyrski (z chirurgii) i Kostjurin (z patologii ogólnéj). — **Kazań**. Docenci prywatni Kotowszczykow i Skołozubow mianowani zostali profesorami nadzw., pierwszy dyjagnostyki a ostatni chorób nerwowych.

* **Mianowania**. Koncypista lekarski w Namiestnictwie styryjskiém Dr. Jakób Ehmer mianowany został radzcą namiestnictwa i referentem spraw lekarskich dla Styryi. — Prymaryjuszem szpitala miejskiego w Gracu mianowany Dr. Ninaus. — Starszymi radzcami lekarskimi w Bawaryi mianowani zostali na przeciąg lat 4ch: Gietl, Pettenkofer, Rothmund, Gudden, Ziemssen, Voit, Bollinger, Winckel, Buchner, Braun i aptekarz Bedall.

* **Nekrologija**. Czytamy w *Gaz. Lek.*: Dnia 5 lutego zmarł w Ville d'Avray pod Paryżem, po długoletniéj chorobie nerwowéj, w 64 roku życia śp. Adam Prażmowski, były profesor warszawskiéj Akademii medyczno-chirurgicznéj, dobrze nauce zasłużony fizyk, optyk i astronom. Urodzony w Warszawie w 1821 roku, już w bardzo młodym wieku poświęcił się naukom matematycznym, w 18 roku życia widzimy go bowiem (1839 r.) asystentem obserwatoryjum astronomicznego. Gorliwość jego w zajęciach sprawiła, że od r. 1846 powierzono mu udział w pracach nad trójkątowaniem Królestwa polskiego. Poczém mianowany starszym adjunktem dostrzegalni, w 1852 wysłany został do Besarabii jako naczelnik wyprawy, któréj celem było dokonanie pomiarów rosyjskiéj części łuku południka. Z polecenia rządu również odbył podróż astronomiczną (1860 r.) do Hiszpanii dla obserwowania zaćmienia słońca. Jak tylu innych zdolnych ówczesnych ludzi zawdzięcza on świeżo podówczas otworzonéj Akademii powołanie na katedrę uniwersytecką. Wykładał on fizykę od 20 listopada 1860 r. i na téjże katedrze wszedł też w skład profesorów Szkoły Głównéj. Powszechnie chwalono jego wykład jasny, szczególniéj wszakże odznaczała się jego część doświadczalna, Prażmowski był bowiem bardzo zręcznym eksperymentatorem. Opuściwszy wkrótce potém kraj, udał się do Francyi i tu niebawem, jako dobrze już znany fizyk, wszedł do fabryki optycznéj Hartnacka, cieszącéj się już wtedy zasłużoną wziętością. Niezadługo, dzięki wielkim udoskonaleniom w wyrobie szkieł opartym na wysokim rachunku, nasz matematyk z pracownika został wspólnikiem firmy, która odtąd zaczęła iść o lepsze z najpierwszemi tego rodzaju zakładami. Kiedy w 1870 r. w skutek prawa o eksmisyi Niemców Hartnack opuszczał Francyję, odstąpił swój zakład na własność Prażmowskiemu, którego nauczył się cenić nietylko jako dzielnego uczonego, ale nadto jako nieskazitelnie prawego człowieka. Powodzenie wyrobów nowéj firmy stało się niepospolitém, ale bo téż i ich dokładność wzrastała z dniem każdym. Skrzętne a głębokie obliczenia matematyczne i sumienna praca praktyczna pozwalały doskonalić ciągle narzędzia, które téż wkrótce znalazły miejsce w wielkich instytucyjach publicznych Francyi (całkowite urządzenia fizyczne i optyczne naukowych wypraw floty francuskiéj) i rozeszły się szeroko po całym cywilizowanym świecie, przyjmowane wszędzie z należném uznaniem i wielokrotnie nagradzane na publicznych wystawach. Któż bo z zajmujących się mikroskopiją nie zna doskonałych drobnowidzów Prażmowskiego, w których powprowadzał on liczne własne zmiany i ulepszenia (w szlifowaniu soczewek, w nachyleniu płaszczyzn w pryzmatych Nicola, w systemie immersyjnym itp.)? A jego lunety, teleskopy, perspektywy nie mają oniemal sobie równych. Liczne téż towarzystwa naukowe policzyły Prażmowskiego w poczet członków swoich, Towarzystwo zaś nauk ścisłych w Paryżu obrało go swoim prezesem. Z prac naukowych, które rozsławiły imie jego jako uczonego fizyka i astronoma, na szczególne wyróżnienie zasługują: 1) *Opérations géodésiques entre le Danube et le golfe de Finlande*. Petersb. 1860. 2) *Observation de l'éclipse totale du soleil du 18 Juillet 1860* w *Comptes rendus*. 3. Rozprawa o osobistych błędach obserwatorów przy mierzeniu zboczeń i uważaniu przejścia gwiazd przez południk, drukowana w *Cosmos* (Paris 1852), a któréj metodę Leverrier przedstawił Akademii Umiejętności w Paryżu, Wolf zaś przyjął późniéj w obserwatoryjum paryskiém. Z dawniejszych zaś dokonane jeszcze przed 1848 rokiem, ale ogłoszone drukiem dopiero w 1862 roku obserwacyje meteorologiczne pomieszczono w zbiorze Beyera: *Verbindungen preussischer und russischer Dreieckstätten*. Cześć pamięci dzielnego ziomka naszego, co na obczyźnie zaskarbił sobie głęboki szacunek i szczere uznanie poważną nauką i sumienną pracą.

W Wiedniu umarł w 96 roku życia Dr. Elijasz Veith, b. profesor zakładu weterynarskiego. Był on młodszym bratem słynnego kaznodziei, który umarł w r. 1876. Obaj bracia byli weterynarzami; starszy dyrektorem zakładu do r. 1821, w którymto roku porzucił posadę, przeszedł na teologiję i wkrótce zasłynął jako kaznodzieja u św. Szczepana; młodszy jeszcze w r. 1841 wydał wykład weterynaryi brata starszego, a przeszedłszy w r. 1855 w stan spoczynku trudnił się aż po koniec życia praktyką lekarską.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 8: Chełchowskiego: Przypadek mięsaka opony miękkiéj, uciskającego rdzeń przedłużony: Holzmanna: O krzepnieniu krwi (c. d.); Schramma: Wyniki leczenia jodoformem ran łączących się z jamami i otworami ciała (dok.). — W *Medycynie* Nr. 8: Florkiewicza: Trzy przypadki powikłanego przymiotu spóźnionego (c. d.).

Redakcyja otrzymała.

Dr. S. KRYSIŃSKI: Uiber Enteritis membranacea, Jena 1884 in 8vo str. 42.

Tenże: Uiber Suspension und Lösung i Uiber Hydrodiffusion und Osmose. (Osobne odbicie z Sitzungsber. d. Jenai'schen Gesell. f. Med. 1884) in 8vo str. 21.

Piśmiennictwo lekarskie. GRUENHAGEN A. Lehrbuch der Physiologie. Begr. v. Wagner, fortgef. v. Funke. 7 Aufl. 1 Lfg. gr 8. Hamburg, Voss. M. 3.

HEITZMANN C. Die descriptive u. topographische Anatomie d. Menschen in 600 Abbildgn. 3 Aufl. (In 7 Lfgn.) 1 Lfg. gr. 8. Wien, Braumüller. M. 4.

HOFFMAN G. v. Unters. üb. Spaltpilze in menschl. Blute. Mit 2 Taf. 8. Berlin, Hirschwald. M. 3.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie d. 4go marca r. b. o godz. 6éj w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. Bogdanik z Biały poda wiadomość o przypadku poprzecznego złamania rzepki, wyleczonym przez zeszycie odłamków drutem, oraz uwagi o leczeniu tych złamań, poczém 2) kol. prof. Mikulicz mówić będzie o operacyi nowotworów pęcherza moczowego a wreszcie 3) kol. Piasecki o umiejętném zastosowaniu hydroterapii w porze zimowéj oraz poda odnośną kazuistykę.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 7 marca 1885. **№ 10.** Rok XXIV.

I. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiéj.

Przyczynek do etyjologii gruźlicy.

Podał Dr. Andrzej Obrzut,
1szy asystent tego zakładu.

Od odkrycia laseczników gruźlicy przez Kocha w r. 1882 minęły dwa lata, a laseczniki te mają już swoją własną obfitą literaturę. Głosy przeciwników Kocha są coraz cichsze i dziś wszystko, co Koch w 2gim tomie zbiorowych prac Urzędu zdrowia w Berlinie wypowiedział, potwierdza się; jedyny punkt ciemny, który i Koch przyznaje, jest stosunek laseczników do zarodków, tyczy się to jednak biologii tych mikroorganizmów, nie zaś ich znaczenia jako takich w gruźlicy.

Tém dziwniejszą zatém jest rzeczą, że lekarze znani z prac swoich, jak Malassez i Vignal, mają jeszcze wątpliwości co do etyjologii gruźlicy.

Czcigodny mój przełożony polecił mi sprawdzić prace tych ostatnich autorów umieszczone w *Bull. de Societé de biologie, séances de 12 mai, 19 mai et 9 juin 1883* i w *Archives de physiologie, numero du 15 novembre 1883 et du 15 août 1884* i temu to poleceniu zawdzięcza niniejsza praca swój początek.

Jakkolwiek Marchand już ocenił zapatrywania Malasseza i Vignala w sprawozdaniu ogłoszoném w *Deutsche med. Wochensch.* Nr. 1 z r. 1884, to przecież jestto tylko sprawozdanie bez poprzedniéj pracy kontrolującéj.

W krótkości przytoczę wyniki badań wspomnianych dwóch autorów, a następnie wykażę o ile preparaty moje, wykonywane według ich metody, zgadzają się z ich wnioskami.

Jak wielu tak i tych autorów uderzała ta okoliczność, że od czasu do czasu zdarzały im się przypadki, w których, mimo niewątpliwych objawów gruźlicy na próżno szukali laseczników w produktach gruźlicy. Wykonali oni szereg doświadczeń na świnkach morskich za pomocą wstrzykiwań mas serowatych, które miały być wolne od prątków. Za takie uważali produkty serowate z ramienia chłopca, który zmarł z gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Zwierzęta te w bardzo krótkim czasie zapadły na gruźlicę. Z pierwszego zwierzęcia szczepili materyjał gruźliczy innym i tak daléj aż do 6ciu generacyj. W pierwszych 4ch generacyjach, mimo najskrupulatniejszego badania, nie było można według ich zdania znaleźć w gruzełkach ani jednego lasecznika, w 5éj generacyi u jednego zwierzęcia znaleźli kilka wyraźnych laseczników, u jednego zwierzęcia 6éj generacyi znów nie mogli znaleźć, a u drugiego téjże saméj generacyi znaleźli bardzo liczne laseczniki. W przypadkach bez laseczników znajdowali natomiast inne mikroorganizmy, t. zw. zooglea i nazwali cały proces chorobowy *tuberculose zoogloeique* w odróżnieniu od gruźlicy lasecznikowéj, *tuberculose bacilaire*. W pierwszéj swéj publikacyi znają autorowie tylko jednę formę tych zooglej, w ostatniéj zaś (w Nrze 6 *Archives de physiologie* z r. 1884) rozróżniają ich aż pięć i tak: 1) mikrokoki mniéj lub więcéj wydłużone, jużto pojedyncze, jużto połączone po dwa w diplokoki; 2) krótkie paciorki prostolinijne wyglądające przy małych powiększeniach jak laseczniki, ale przy wielkich zwiększeniach sąto tylko połączenia 3, 4—5 mikrokoków podobnych do poprzedniéj formy; 3) paciorki *(chapelets)* tworzące między elementami zakręty *(sinuosités)*, kluczki i pierścienie; 4) małe zoogleje utworzone z jednego lub więcéj paciorków podobnych do poprzednich lecz lekko skręconych w sobie na kształt kłębka mało ściśniętego; i wreszcie 5) właściwe zoogleje różniące się od poprzednich tém, że są większe a ich paciorki tworzą konglemeraty ściślejsze i masę więcéj jednolitą.

Zadaniem mojém było przekonać się na preparatach z zwłok ludzkich i zwierzęcych, którym szczepiłem gruźlicę, czy znajdują się jakieś mikroorganizmy w produktach gruźlicy obok laseczników lub bez nich i przekonać się, jakie

jest znaczenie tych organizmów, a względnie ich stosunek do gruźlicy.

Wszystkie prace powyżéj wspomniane, wykonane przez francuskich autorów, mają cechę sumiennéj publikacyi, a ryciny do tychże dołączone dosyć dobrze ilustrują to, co chciano przez nie uwidocznić. Mimo tego, zabierając się do méj pracy, nie mogłem pozbyć się pewnego uprzedzenia, nie pod względem istnienia w ogólności tych zooglej, ale co do znaczenia, jakie im Malassez i Vignal przypisują. Uprzedzenie to wywolało u mnie głównie twierdzenie, jakoby były jakieś przypadki gruźlicy bez laseczników. Sam wiem z własnego doświadczenia, jak trudno było mi z początku, kiedy zacząłem ćwiczyć się w metodzie Ehrlicha barwienia prątków, wykryć takowe. W miarę, jak nabierałem wprawy w metodzie, coraz rzadziéj zdarzały mi się przypadki gruźlicy, w któréj tworach nie mogłem znaleźć prątków, dziś wiem, że w każdym przypadku gruźlicy znajdują się prątki bądź w naciekach gruźliczych, bądź w gruzełkach. Potrzeba wprawdzie niekiedy liczne preparaty dokładnie przejrzeć, ale wreszcie znaleźć się je musi mając aparat Abbego i olejową immersyję do dyspozycyi. Dla czego w jednym przypadku jest ich mniéj, w drugim wielka ilość, pytanie to jest wielkiéj wagi pod względem ich znaczenia w gruźlicy. Nie znamy jeszcze dokładnie wszystkich ich własności biologicznych i potrzeba dalszych studyjów celem rozstrzygnięcia téj kwestyi.

Szereg preparatów, około 100, wykonywałem za pomocą obydwu metod podanych przez Malasseza i Vignala, t. j. t. zw. metody szybkiéj (*rapide*) przez intensywne barwienie *en masse* i przez specyjalne odbarwianie, oraz drugiéj, t. zw. metody powolnéj, przez bezpośrednie zwolna postępujące barwienie, bez następowego odbarwiania.

Barwę do pierwszéj metody sporządzałem sobie, podług przepisu Malasseza, w ten sposób: wody anilinowéj 9cm.sz., rozczynu alkoholowego zgęszczonego błękitu metylowego 1 cm.sz. Preparat leżał w barwie kilka godzin, a odbarwiałem go w rozczynie następującym: 2% rozczynu sody 2 obj. na 1 obj. alkoholu absolutnego Według dalszego przepisu czyściłem preparat w wodzie destylowanéj z kryształków sody, odwadniałem w alkoholu absolutnym i po wyjaśnieniu w terpentynie przechowałem w balsamie kanadyjskim.

Druga metoda powolnego barwienia polegała na barwieniu preparatów przez 2—3 dni w następującym rozczynie: 2% rozczynu sody 10 obj., wody anilinowéj, t. j. destylowanéj, nasyconéj olejem anilinowym i filtrowanéj 5 obj., alkoholu absolutnego 3 obj., i 3 obj. rozczynu błękitu metylowego (sporządzonego z 9sz.cm. wody przekroplonéj i 1 objęt. rozczynu alkoholowego zgęszczonego błękitu. Mięszanina ta jest blado niebieską i barwi tkankę łączną blado niebiesko-zielonawo, jądra zaś dosyć silnie czysto niebiesko, zoogleje wreszcie barwią się najintensywniéj. Preparat, jak przy pierwszéj metodzie, należy oczyścić z kryształków sody i odwodnić, nie w zwyczajnym jednak wyskoku lecz w wyskoku lekko zbarwionym za pomocą błękitu metylowego. Preparat wyjaśnia się następnie nie w olejku goździkowym lecz w bergamotowym i zachowuje w balsamie kanadyjskim.

Dla kontroli każdy z preparatów barwiłem metodą Ehrlicha jużto fuchsynem, jużto metylenem fijołkowym i porównywałem je starannie z preparatami barwionemi według metody Malasseza i Vignala.

Rezultat tych badań jest następujący: Najpierw całe założenie, na podstawie którego wykonywali Malassez i Vignal swoje doświadczenia, nie wytrzymuje krytyki. Jak to już wspomniałem autorowie ci mieli znaleźć w guzie serowatym w tkance podskórnéj ramienia u chłopca 4-letniego materyjał zupełnie wolny od prątków, wstrzykiwali tenże zwierzętom i te dostawały w bardzo krótkim czasie ogólnéj gruźlicy. W masach serowatych tego rodzaju znajdują się zawsze prątki, a jeden lasecznik przeniesiony na inny organizm wystarczy do wywołania gruźlicy. Niedawno (20go stycznia br.) wykonałem sekcyję mężczyzny, lat 53 liczącego, który obok rozległéj gruźlicy płuc okazywał w tkance podskórnéj w okolicy dolnéj części mostka guz około 6cm. średnicy wynoszący, wypełniony masą serowatą na pół już płynną, guz o ścianach dosyć gładkich; taki sam guz znajdował się między łopatkami więcéj po stronie lewéj kręgosłupa w tkance podskórnéj, wypełniony gęstą masą serowatą; guz ten nie miał żadnego związku z okostną lub kośćmi téj okolicy. Długo szukałem nadaremnie prątków w tych masach serowatych, aż przecież w jednym z kilkunastu preparatów (suchych) znalazłem dwa prątki z bardzo dokładnie widzialnemi zarodnikami. Ilekroć kiedyindziéj badałem w tym kierunku twory gruźlicze zserowaciałe, zawsze znajdowałem prątki wprawdzie nieliczne, ale bez wyjątku zawsze z zarodnikami. Widocznie zatém, jeżli już nie tym nielicznym lasecznikom, to ich zarodnikom, które w wielkiéj ilości muszą się znajdować w masach serowatych, zawdzięczają one własność wywoływania gruźlicy na innych organizmach. Ztąd téż Malassez i Vignal łudzili się z pewnością sądząc, że szczepili swoje świnki morskie materyjałem niezawierającym prątków. Jeżeli nie znaleźli w nich prątków, co byłoby im się z pewnością udało, gdyby byli dłużéj szukali, to nie udowodnili także, że w masach serowatych nie było zarodników. Jestem téż przekonany, że wszystkie sześć generacyj, które szczepili, zapadły na *tuberculose bacillaire,* nie zaś *zoogloeique*. Przekonywają mnie o tém moje preparaty wykonywane według ich metody. Nie czynią oni w swoich pracach żadnéj wzmianki o tém, jak oddziaływają prątki Kocha na ich sposób barwienia, opisując tylko pierwszą swą metodę, mianowicie, gdzie rozchodzi się o odbarwianie, mówią: *„S'il s'agissait de voir des bacilles, on devrait employer de l'acide azotique dilué; mais ce procédé ne réussit pas ici les zoogloées se décolorant plus vite même que les noyaux“.* W słowach powyższych leży téż główny błąd wszystkich rozumowań Malasseza i Vignala. Barwiąc rozczynem błękitu metylowego według drugiéj metody Malasseza i Vignala przyszedłem do przekonania na podstawie moich preparatów, że prątki Kocha barwią się tym rozczynem po 2—3 dniach i są bardzo dobrze widoczne, zwłaszcza, jeżli ich jest w preparacie znaczniejsza ilość, są tylko nieco bledsze i mniéj odbijają z powodu dosyć intensywnego zabarwienia jąder, rozczynem tak słabym metylowym nie nasycają się w zupełności i dla tego prawdopodobnie łatwiéj odbarwiają się w rozcieńczonym kwasie azotowym, niż po użyciu metody Ehrlicha, według któréj używa się barwy o daleko większém zgęszczeniu; Malassez i Vignal nie odbarwiali swych preparatów w żadnym kwasie i dla tego widzieli prątki tam, gdzie się im zdawało, że to są zoogleje. W trzech moich preparatach pochodzących z wrzodów gruźliczych jelita 67-letniéj kobiety zmarłéj z gruźlicy płuc i jelit znajduję w preparatach, wykonanych według metody Malasseza, w miejscach tych, które według metody Ehrlicha wykazują mnóstwo prątków, także prątki blado-niebiesko zabarwione w wielkiéj ilości wśród jąder dosyć mocno zabarwionych, nie wszystkie

jednak przedstawiają się jako prątki, znajdują się w preparatach tych miejsca, w których zamiast prątków są same drobno ziarniste masy przechodzące zwolna w prątki mniéj lub więcéj wyraźne. Miejsca te przypominają w zupełności ryciny Malasseza i Vignala, mające przedstawiać zoogleje. W odpowiednich miejscach preparatów zabarwionych według metody Ehrlicha znajduję klasycznie zabarwione prątki Kocha. Prątki zatém gruźlicze Kocha pod działaniem 2—3-dniowém rozczynu Malasseza zmieniają swą postać laseczkowatą w drobnoziarnistą. Może to nastąpić w ten sposób, że albo się rozpadają w drobne elementy, albo téż uwidoczniają się w nich zarodniki i będąc nagromadzone w wielkich ilościach nie uwidoczniają już swéj postaci laseczkowatéj, jedném słowem, czynią wrażenie zooglej. W niektórych miejscach tych samych preparatów znajduję gromadki kulek gęsto obok siebie ułożonych, zupełnie podobnych do mikrokoków, wpatrując się w pojedyncze z nich i zmieniając zwolna położenie rurki mikroskopowéj, t. j. zniżając lub podnosząc ją, znajduję, że te wrzekome mikrokoki nie znikają natychmiast, coby nastąpić musiało, gdyby miały kształt kulisty, widzę nadto śród przesuwania rurki, że niektóre z nich zmieniają swoje miejsce, przesuwają się, jakby po swéj płaszczyźnie. Pochodzi to ztąd, że prątki niektóre stoją prostopadle do płaszczyzny preparatu, inne znów ukośnie. O tém zachowaniu się prątków wspomina wyraźnie Koch, mogło ono łudzić Malasseza i Vignala, skutkiem czego uważali niekiedy prątki za zoogleje. (Dok. nast.)

II. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra. Mikulicza w Krakowie.

Przyczynek do nowotworów szczęki.

Podał Dr. Rudolf Trzebicky.

asystent téjże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9).

Pod mikroskopem widać przy małém powiększeniu (Fig. I)[1]), wśród zbitéj tkanki łącznéj zawierającéj tu i owdzie ciałka kostne, liczne przestrzenie wolne ściśle odgraniczone od otaczającéj tkanki, bardzo rozmaicie ukształtowane,—obraz podobny do sita o dużych oczkach.

Przy znaczniejszém powiększeniu widać, że każda taka przestrzeń wolna dokoła otoczona jest jednowarstwowym pokładem palisadowato obok siebie ustawionych komórek przybłonka wałeczkowego. (Fig. II *a*). Treść poszczególnych tych pęcherzyków bardzo różna. Jedne zawierają bardzo liczne komórki o wyraźném jądrze luźno obok siebie bez widocznéj istoty międzykomórkowéj ułożone (Fig. II *c*), inne znów wypełnione są komórkami, których kontury zaledwie dostrzedz się dają (Fig. II *d*), gdyż zabarwiły się tylko same jądra i to bardzo słabo. Komórki te przeważnie od poprzednich większe, wieloboczne, ściśle do siebie przylegają, w skutek czego powstaje bardzo delikatna siateczka zaledwie przy poruszaniu śrubą mikrometryczną dostrzegalna. Słabo zabarwione przyściennie ułożone jądra tych komórek (Fig. II *e*) tworzą niby węzełki téj siateczki. Tuż na wewnątrz warstwy komórek przybłonka wałeczkowatego (Fig. II *a*) znajduje się w niektórych jeszcze alweolach pokład jedno lub wielowarstwowy komórek od poprzednich daleko mniéj soczystych, podłużnych, płaskich o jądrze nieco mniéj wybitném (Fig. II *b*). W oczkach, gdzie się znajdowało kilka warstw tego rodzaju komórek, poszczególne warstwy były współśrodkowo ułożone, podobnie jak liście cebuli. We wnętrzu niektórych siatek, zwłaszcza większych, nie można już dostrzedz komórek, ale natomiast są one wypełnione grudkami masy bezpostaciowéj, niedającéj się zabarwić, powstałéj prawdopodobnie z przeobrażenia i rozpadu komórek. We wnętrzu niektórych pęcherzyków można było spostrzedz także dość znacznéj wielkości ciała składające się z kilku współśrodkowo ułożonych warstw komórek, przypominające swém wejrzeniem ciałka perliste rakowców. W największych siatkach, tuż obok wszędzie znajdujących się komórek zewnętrznego pokładu przybłonkowego, widać zaledwie kilka obok siebie ułożonych komórek; zresztą nie można tam dostrzedz już żadnych składników postaciowych, prawdopodobnie już wszystko ztamtąd wypadło. W niektórych tylko pęcherzykach po dodaniu kwasu octowego powstaje bardzo delikatna siateczka ledwie dostrzegalna w skutek wydzielającego się pod wpływem kwasu octowego śluzu z istoty klejkiéj powyżéj opisanéj, wypełniającéj wszystkie makroskopowo dostrzegalne alweole. Kształt samych alweolów jest bardzo rozmaity, począwszy od postaci całkiem regularnych, że tak powiem, ściśle geometrycznych, bo od koła i trójkątka widać najrozmaitsze przejścia do postaci najdziwaczniejszych. Jużto na jednym lub na więcéj bokach pęcherzyka widać po kilka wypuklających się nowych pączków podobnéj budowy co i pierwotny pęcherzyk, stojących z wnętrzem pierwotnego oczka w ścisłym związku.

W innéın znów miejscu oczko przedstawia kształt biszkoptu, a w miejscu najwęższém, tj. w samym środku, znajduje się jeszcze wolna komunikacyja pomiędzy oboma końcami, lub téż przeciwnie w témże miejscu warstwy przybłonka zewnętrznego z obu stron już ściśle do siebie przylegają przerywając zupełnie komunikacyję pomiędzy wnętrzem obu połów torbielka.

Zauważyć tu tylko muszę, że budowa pączków wypuklających się ze ścian pierwotnego torbiela nie zawsze ściśle była ta sama co budowa torbiela macierzystego. Dość często można bowiem widzieć, że podczas gdy w głównym torbielu mamy bardzo piękny obraz komórek tworzących delikatną wyż opisaną siateczkę, w pączku wyrastającym ze ścian tego torbiela znajdują się same tylko komórki okrągławe, niestojące ze sobą w związku widocznym. Na okoliczność tę, która, sądzę, utwierdza nasze pojmowanie natury nowotworu, jeszcze raz niżéj zwrócę uwagę.

Badanie wyjętych dwóch gruczołów wykazało w nich tylko drobnokomórkowy naciek zapalny.

Jeżeli się zastanowimy nad znaczeniem tego obrazu histologicznego, musimy przyjść do przekonania, że mamy przed sobą n o w o t w ó r p r z y b ł o n k o w y. Trudniéj jednak powiedzieć, do jakiéj kategoryi nowotworów przybłonkowych guz ten zaliczyć wypada. Ścisłe odgraniczenie tworów przybłonkowych od tkanki otaczającéj i zupełnie typowy ich rozwój z góry już każę wykluczyć nowotwór rakowy. Pozostają tedy tylko nowotwory przybłonkowe dobrotliwe. Jeżeli jednak każda tkanka patologiczna ma swój pierwowzór niejako w ustroju fizyjologicznym i jest, że tak powiem, tylko jego spotęgowaném lub zmodyfikowaném odbiciem, to musimy przyznać, że w ustroju fizyjologicznym rozwiniętym nie znajdujemy nigdzie tworów budową swą do wyż opisanych podobnych. Miejsca, gdzie widzimy same tylko większe torbiele, przypominają nam bezsprzecznie budowę gruczołów cewkowych lub budowę gruczołu tarczykowego, który, według badań Wölflera, rozwija się także z zarodków przybłon-

[1]) Patrz tabl. litograf. dołączoną do numeru niniejszego.

kowych, mianowicie z przybłonka dwóch pierwszych szpar połykowych. Jeżeli jednak przypomnimy sobie, że te większe torbiele powstały najprawdopodobniéj z owych drobnych, których ciekawą budowę opisaliśmy, to musimy przedewszystkiém śledzić etyjologiję tych torbieli małych, musimy dla nich w ustroju fizyjologicznym lub wśród jego rozwoju szukać pierwowzoru. I rzeczywiście, jak na to już zwrócił uwagę Falkson, historyja rozwoju zębów daje nam w tym kierunku cenne wskazówki. Wiadomo bowiem, że z końcem 5go miesiąca życia płodowego powstaje w jamie ustnéj płodu w miejscu, gdzie mają się wytworzyć zęby, zgrubienie przybłonka. Z tego miejsca zgrubiałego zagłębiają się wypustki przybłonkowe w głąb szczęki tworząc tak zwany zarodek szkliwny. Każda taka wypustka otoczona jest dokoła warstwą prostopadle do osi ustawionych komórek cylindrycznych, wnętrze zaś wypełniają liczne komórki okrągłe. W miarę dalszego rozwoju powstaje z zarodka szkliwnego organ szkliwny, tj. pierwotna warstwa komórek przybłonkowych dzieli się na trzy warstwy: 1) zewnętrzną warstwę przybłonka brukowego, 2) wewnętrzną warstwę przybłonka wałeczkowego i 3) trzecią warstwę, nazwaną przez Köllikera przybłonkiem galaretowatym (*Gallertiges Epithel*) złożoną z komórek płaskich, ułożonych tuż obok siebie z wejrzenia podobnych do tkankołącznowych. Mamy tu więc w naszym przypadku też samą warstwę komórek przybłonka wałeczkowego, otaczającą dokoła całą wypustkę, mamy te same komórki wypełniające bez wszelkiego typowego ugrupowania się wnętrze wolne wypustki, mamy wreszcie tę samą delikatną ledwie dostrzegalną siateczkę, i nie brak téż warstwy przybłonka kształtem do brukowego zbliżonego. Alweole, wśród których widzimy tylko same komórki okrągłe, to imitacyja zarodka szkliwnego, te wśród których widać dokładnie komórki tworzące siateczkę jak nie mniéj i komórki przybłonkowe bardziéj przypłaszczone, to naśladowanie organu szkliwnego, jako najniższy stopień rozwoju. W miarę dalszego rozrostu i one przybierały budowę więcéj powikłaną. Okoliczność ta, na którą dotąd nie zwrócono uwagi, w wysokim stopniu popiera nasze przypuszczenie co do etyjologii tego nowotworu. Mamy tu bowiem przed sobą obrazy, które stanowią niejako tylko odźwierciedlenie faktów odbywających się w życiu fizyjologiczném zarodka. Inne obrazy w naszych preparatach należy uważać już tylko jako dalsze przeobrażenia tych pierwotnych przetworów, przeobrażenia dotyczące zarówno samego kształtu przetworów jak i ich treści. W większych alweolach już kształt komórek odmienny, już ich jądra mniéj wyraźne, już następują wsteczne przeobrażenia ich pierwoszcza, które w najwyższych stopniach doznaje zwyrodnienia śluzowego lub koloidowego. Jako dalsze przeobrażenia tych komórek należy téż uważać liczne ciałka perliste, powstałe z nagromadzenia się zrogowaciałych komórek przybłonka. Obecność ich zresztą wcale nie zdziwi nas, jeżeli zważymy, że mamy przed sobą twór zewnętrznego listka płodowego. W rozwiniętych naszych alweolach mamy nawet poniekąd odźwierciedlenie budowy skóry. Pokład komórek przybłonkowych większych, soczystych (Fig. II *a*) to niby siatka Malpighiego, komórki znajdujące się bardziéj ku środkowi, mniéj soczyste, przypłaszczone, to powierzchowne warstwy przyskórka zrogowaciałego. Zarówno ze zmianą treści alweolów zmieniał się też ich kształt w skutek ich rozrostu, który, jak na preparatach dokładnie widzieć można, przeważnie odbywał się przez pączkowanie. Ze ściany okrągłéj torbiela wypukłał się naprzód mały wyrostek; w miarę dalszego rozrostu tego torbiela drugorzędnego komunikacyja jego z wnętrzem cysty macierzystéj stawała się coraz cieńszą (ztąd obrazy cyst kształtem do biszkoptów zbliżonych), aż wreszcie nastąpiło zupełne oddzielenie i odsznurowanie cysty jednéj od drugiéj. Nadodwrót w razie zetknięcia się dwóch torbieli ze sobą ściana przedzielająca je ulegała zanikowi w miarę nagromadzenia się większéj ilości treści we wnętrzu torbieli i w ten sposób powstawały torbiele większe, kształtu czasem dość nieregularnego. W ten sam téż sposób powstał zapewne i torbiel największy zajmujący całą górną połowę guza.

Nie podobna jednak pominąć tu jeszcze drugiego czynnika etyjologicznego co do rozwoju tego guza. Mieliśmy tu do czynienia z guzem cechy przybłonkowéj, a trzymając się zdania, że przybłonek tylko z zarodka przybłonkowego rozwinąć się może, znajdziemy w tém miejscu oprócz zarodków zębowych jeszcze inną tkankę, która mogłaby stanowić punkt wyjścia dla podobnych nowotworów. Jest nią błona śluzowa jamy ust, a względnie liczne jéj gruczoły śluzowe. Wprawdzie nigdzie w nich nie znajdziemy budowy podobnéj do naszych pierwotnych alweolów, ale przecież znane są przypadki, w których w skutek wgłobienia się komórek przybłonka jamy ust do wnętrza kości szczękowych powstały guzy nowotworowe po części do naszego zbliżone. Przypadki takie opisali Kolaczek (*Archiw Langenbecka* t. 21) i Büchtemann (*Archiw Langenbecka* t. 26, *Cystom des Unterkiefers, bei dem die Cysten aus Wucherungen des Mundepithels hervorgegangen sind*) a i jeden z przypadków opisanych przez Bayera (*l. c.*) zdaje się tu należeć. Guzy w tych przypadkach z wejrzenia makroskopowego były do naszego bardzo zbliżone, a i pod mikroskopem widać było mnóstwo większych lub mniejszych torbieli odmiennéj jednak nieco budowy niż nasze. Najbardziéj cechującym był jednak objaw, że na wielu miejscach można było spostrzedz liczne pasma przybłonkowe, zapuszczające się od błony śluzowéj jamy ust w głąb guza. Pasma te, składające się z licznych bardzo komórek wielkich, budową zupełnie do głębszych warstw przybłonka błony śluzowéj zbliżonych, kończyły się licznemi wypustkami, budową i wejrzeniem przypominającemi gruczoły śluzowe. W skutek zwyrodnienia koloidowego komórek wyścielających wnętrze pasm i wypustek powstawały coraz większe torbiele. Jakkolwiek odmienny nieco obraz histologiczny nie pozwala zupełnie zidentyfikować naszego przypadku z dopiero co przytoczonemi, to przecież, ze względu na etyjologiję, są one nader zbliżone, boć przecież i cały zarodek szkliwny nie jest niczém inném jak tylko tworem przybłonka jamy ustnéj. Tylko ze względu na oznaczenie czasu pierwszego powstania zarodka tego nowotworu mogłoby ściśle rozpoznanie, czy takowy zawdzięcza swe powstanie odsznurowaniu przybłonka jamy ust, czy nieregularnemu rozwojowi zarodka zębowego, mieć pewne znaczenie. Jeżeli bowiem człowiek przynosi już ze sobą na świat rozwinięte zarodki wszystkich zębów mlecznych i trwałych, to należałoby przypuścić, że nasza chora przyniosła już ze sobą na świat zarodki nowotworu, podczas gdy wgłobienie i odsznurowanie przybłonka jamy ustnéj ewentualnie i późniéj mogłoby w skutek jakichś nieznanych nam jeszcze bodźców nastąpić. Kwestyja ta nie ma jednak żadnego znaczenia praktycznego, tak samo jak i spór, czy nowotwór taki powstaje z nadliczbowego zarodka zębowego, czy téż z zarodka prawidłowego, który nie mógł się w należyty sposób rozwinąć. W naszym przypadku wywiady zdawałyby się przemawiać za pierwszém.

Możnaby wreszcie przypuścić, że w jednym przypadku nadliczbowy lub niedoszły do zupełnego rozwoju zarodek zębowy prowadzi w późniejszym jeszcze wieku do trzeciego ząbkowania, w drugim daje początek zwykłym torbielom zębowym, w trzecim znów nowotworom do naszego podobnym, a w innym wreszcie stanowi punkt wyjścia cysty dermoidalnéj (Mikulicz).

Co do przyczyny bezpośrednio rozwój nowotworu wywołującéj, to w trzech przypadkach znajdujemy wzmiankę odnoszącą rozwój guza do urazu zewnętrznego. W przypadku Bryka nowotwór pierwotnie rozwinął się w miejscu złamania szczęki, w przypadku Bayera po uderzeniu szczęką o ławkę, a w naszym chora odnosiła rozwój nowotworu do uszkodzenia szczęki w skutek mniéj zręcznego wyrwania zęba.

Nie będziemy się też dziwić, że pierwsze początki tego nowotworu w znanych dotąd przypadkach pojawiły się przeważnie albo w okresie drugiego ząbkowania lub też w okresie pokwitania. Chory Bryka spostrzegł początki swego cierpienia w 6ym roku życia, pacyjentka Bayera w 8ym, a nasza w 21ym. Tylko w przypadku opisanym przez Falksona pojawił się nowotwór dopiero po 30ym roku życia. Wiadomo bowiem, że odsznurowane lub nieprawidłowe zarodki organów w tym samym czasie rozwijają się, kiedy i organa fizyjologiczne, pochodzące z podobnych zarodków, dochodzą do rozkwitu. Tak np. i największa liczba skórzaków pojawia się właśnie w okresie pokwitania, kiedy i w całéj skórze odbywa się najsilniejszy rozwój.

Ze względu na przebieg to nie tyle z naszego przypadków ile raczéj z przypadków Bryka i Falksona dowiadujemy się, że nowotwory tego rodzaju dochodzą bardzo znacznych rozmiarów. W przypadku Bryka ważył guz, który rósł 26 lat, $1\frac{1}{2}$ kilograma, w przypadku Falksona 3 funty. Guz opisany przez Bayera doszedł tylko wielkości małego jabłka.

Dolegliwości przez nowotwór ten wywołane zależą przeważnie od jego rozmiarów i polegają głównie, pomijając oszpecenie, na utrudnieniu mowy i połykania. To też usunięcie ich jest ściśle wskazaném i to tylko za pomocą operacyi doszczętnéj, tj. przez usunięcie odpowiedniego kawałka szczęki.

Rokowanie co do ogólnego stanu zdrowia i co do życia w przypadkach podobnych, ile na podstawie tak skromnéj liczby ocenić można, jest dobrém. Nie znajdujemy bowiem nigdzie wzmianki, żeby te nowotwory miały dążność do tworzenia przerzutów, czyto w sąsiednich gruczołach limfatycznych czy w odleglejszych organach. W naszym przypadku w obrzmiałych gruczołach nie można było wykazać ani śladu tkanki nowotworowéj. To też operacyja daje tu wcale dobre wyniki. Nasza pacyjentka według doniesienia listownego obecnie, a więc prawie w $1\frac{1}{2}$ roku po operacyi, ma się zupełnie dobrze, a chory operowany przez śp. prof. Bryka 29 czerwca 1876 r. dotąd żyje, i jest zupełnie zdrowym bez wszelkiego śladu recydywy.

III. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Skreślił Prof. Dr. Blumenstok.

XV.

Dzieciobójstwo.

Maryjanna T., dziewczyna lat 18 licząca, zaszła po raz pierwszy w ciążę i takową taiła; podaje ona, że dnia 14go stycznia wczas rano wyszła z potrzebą, zaledwie jednak przeszła przez próg, uczuła taką słabość, że nie mogąc utrzymać się na nogach przewróciła się na ziemię i wkrótce potém rodziła dziecko nieżywe, które pozostawiwszy na miejscu powróciła do kuchni; po upływie pół godziny wyszła ponownie, zabrała dziecko swoje i przeniosła je nagie pod płot, zkąd w godzinę późniéj wywlokły je prosięta.

Z polecenia Sądu powiatowego lekarze sądowi Dr. A. i chir. B. wykonali d. 17 stycznia sekcyję sądową i podali co następuje:

Oględziny zewnętrzne: *a*) Dziecko płci męskiéj, 48cm. długie, ciężar jego wynosi 3—$3\frac{1}{4}$ kilogr., *b*) Czaszka podłużnie owalna, na głowie włos jasny, kości czaszkowe twarde, ciemiączko przodkowe około 2cm. średnicy, małego dla przedgłowia dokładnie wyczuć niemożna. Ciało zupełnie zamarzło i dopiero w letniéj wodzie przez dłuższy czas odtajało. Małżowiny uszne dobrze ukształcone, w rozwartych ustach śluz żółtawy..... *d*) Barwa skóry biała, miejscami czerwono-sina. *c*) Na przedramieniu lewém po stronie zewn. rana skórna 3—5cm. długa, powstała przez oddarcie płatu skórnego; płat ten jest na 1·5cm. szerokości oderwany i skurczony, w kącie górnym pozostaje w połączeniu z powłoką ogólną. Liczne drobne otarcia na odnogach górnych, pod pachą prawą nieco mazidła skórnego. *f*) W linii środkowéj klatki piersiowéj małe otarcie; plamy czerwone pokrywają klatkę piersiową i brzuch; *g*) Pępowina przy samym pierścieniu brzusznym przerwana, tak iż tylko mały strzęp z powłoki pępowinowéj w pępku się znajduje; krew wynaczyniona z naczyń pępowinowych znachodzi się w pierścieniu pępkowym. *h*) Moszna w całéj swéj części górnéj, jakotéż skóra prącia odgryziona..... Okolica pachwinowa i sromna uszkodzone, skóra w tych miejscach nadżarta; w pachwinie lewéj obok pomniejszych nadżerków 2 podłużne przedarcia skóry po 3mm. długie, a w prawéj jedno mniejsze. *i*) Na grzbiecie liczne drobne otarcia.

Oględziny wewnętrzne: Na tyłogłowiu w miejscu przedgłowia, które zajmuje i większą połowę kości bocznych, widać rozległe wynaczynienie w okolicy szwu wieńcowego po stronie prawéj, małe zaś wynaczynionki między okostną a kością; łuska tyłogłowowa wtłoczona pod górny brzeg kości bocznych. Opona twarda nastrzykana, na powierzchni półkul mózgowych rozległe wylanie krwi, w rowkach między zwojami krew skrzepła; mózgowie zewnętrznie zupełnie rozpływające się, wewnątrz zmarznięte, w zatokach żylnych krew skrzepła. Płuca zapadłe nie pokrywają serca; przepona stoi poniżéj 5go żebra. Błona śluzowa krtani czerwono-szara, nie nastrzyknięta mocniéj. Płuca razem ze sercem i grasicą wyjęto; są one sinawo czerwone, marmurkowe; pojedyńcze grube pęcherzyki widoczne jakotéż i nastrzykanie koło nich; brzegi przednie zaokrąglone; płuca pływają razem ze sercem, za nacięciem trzeszczą; miąższ elastyczny, gębczasty, poduszkowaty, za uciskiem wypływa z niego ciecz krwawa, pienista; pojedyncze kawałki płatów pływają. Osierdzie gładkie, połyskujące, serce prawidłowe.... Wątroba znacznie powiększona, ciemno-brunatna, w krew obfita. Śledziona i nerki prawidłowe. Żołądek krzywizną małą ku górze ułożony; sieć i błona surowicza jelit nastrzykana, w niektórych miejscach bez połysku, mętna; w żołądku i jelitach cienkich znaczna ilość śluzu i kawałki lodu, w jelitach grubych nieco smołki. Pęcherz moczowy próżny.

W miednicy małéj jakotéż na wewn. ścianie brzusznéj w okolicy nadpachwinowéj prawéj wynaczynienie dosyć rozległe.

Orzeczenie pp. obducentów opiewało:

Mały strzęp powłoki pępowinowéj znajdujący się przy pępku zwłok świadczy, że dziecko badane jest noworodkiem.

Płód był zupełnie donoszony i zdolny do samodzielnego życia.

Że ciemiączka boczne wyczuć się dają a ciemiączko wielkie jest nieco większém, jest tylko następstwem zmarznięcia mózgu, w skutek czego mózg zyskał na objętości i rozprężył kości czaszkowe.

Dziecię żyło i oddechało, jak świadczy próba płucna. Z ilości śluzu znalezionego w ustach i otworach nosowych wnosić tylko można, że dziecko po urodzeniu nie doznało umiejętnéj opieki; nie można jednak stanowczo orzec, o ile w przypadku tym śluz utrudnić mógł prawidłowe oddechanie. Liczne otarcia przyskórka na ciele świadczą, że zwłoki musiały być włóczone po ziemi, względnie po śniegu zanim je znaleziono; jakaś część ich mogła powstać podczas polewania dziecka wodą ciepłą przez otarcie szczotką, która zamiast ścierki użytą została. Skaleczenie na przedramieniu lewém, na klatce piersiowéj, nadgryzienie moszen itd. zdziałane zostały przez zwierzęta małe.

Znaczne przedgłowie przemawia za tém, że okres drugi porodowy trwał przez czas dłuższy, albo zachodziła trudność porodowa ze strony twardych dróg porodowych w stosunku do objętości główki dziecięcia lub bólów porodowych, albo ze strony dróg miękkich.

Wynaczynienie między okostną i czaszką powstało prawdopodobnie w skutek pęknięcia drobnych naczyń przy utrudnionem krążeniu w przedgłowiu; z téj saméj przyczyny mogła powstać i reszta wynaczynień. Przekrwienie opon mózgowych i rozlane wynaczynionki na powierzchni półkul mózgowych, przekrwienie płuc, wątroby, sieci i jelit cienkich przemawiają za utrudnionem oddechaniem lub krążeniem.

Dziecko znaleziono na śniegu; przekrwienie wspomnionych organów wewnętrznych mogło także powstać w skutek uduszenia się dziecka z przyczyny nie wytłumaczonéj, jakotéż w skutek śmierci ze zmarznięcia. Wynaczynienie na wewnętrznéj stronie ściany brzusznéj nie tłumaczy również istoty i przyczyny śmierci; przy braku bowiem wszelkich śladów krwi w miejscach ogryzionych, niemożna, chociaż wynaczynienie odpowiada miejscu zranionemu, wnioskować, czy dziecko jeszcze żyło, podczas gdy ogryzione zostało. Wynaczynienie to mogło powstać także z téj saméj przyczyny, co wynaczynienie w mózgu w skutek utrudnionego oddechania lub krążenia, chociaż wynaczynienia w tém miejscu z przyczyn wymienionych są nadzwyczaj rzadkie".

Na podstawie tego orzeczenia Prokuratoryja oskarżyła Maryjannę T. o zatajenie ciąży i porodu oraz zaniechanie potrzebnéj dla noworodka pomocy i była tak pewną skutku, że do rozprawy, która się odbyła przed trybunałem przysięgłych, nie wezwała nawet znawców. Przy téj rozprawie obwiniona o tyle zmieniła zeznanie swoje pierwotne, iż zapewniała, że rodziła stojąco i że dziecko z niéj wypadło. Gdy zeznanie świadków rzeczy nie wyjaśniło, a orzeczenie znawców przez trybunał uznane zostało za niejasne, Sąd uchwalił odroczyć rozprawę i przesłać poprzednio akta do Wydziału lek., celem zasięgnięcia jego opinii.

Zdanie Wydziału opiewało jak następuje:

1) Przedewszystkiém Wydział lek. pozwala sobie zwrócić uwagę Świetnego Sądu, że w przypadku niniejszym w myśl 1go ustępu § 126 ust. o p. k. wypadało ponownie przesłuchać pp. obducentów celem usunięcia niektórych wątpliwości, — jak niemniéj należało zbadać oskarżoną samą i zażądać od niéj wyjaśnienia co do wyrwania pępowiny i odejścia łożyska. Zaniechania te utrudniają znacznie zadanie Wydziału.

Z aktów śledztwa tyle tylko wynika niewątpliwie, że dziecko Maryjanny T. urodziło się żywém.

3) Obrażenia na ciele dziecięcia znalezione pochodzą od zwierząt gryzących i powstały najprawdopodobniéj dopiero po śmierci dziecięcia.

4) Ponieważ w protokole sekcyi nie ma podstawy do przypuszczenia, jakoby udar śródoponowy wywołany został przez obrażenie główki ręką obcą zdziałane, przypuścić wypada, że tenże powstał albo

a) skutkiem szybkiego wypadnięcia dziecka, — coby odpowiadało tłumaczeniu się oskarżonéj śród rozprawy a czemu nie sprzeciwia się obecność nagłowia, albo prawdopodobniéj

b) podczas porodu samego skutkiem dłuższego trwania pierwszych jego aktów.

5) W jednym i drugim razie wynaczynienie śródoponowe nie było następstwem ani czynności ani zaniechania ze strony rodzącéj.

6) Wynaczynienie takie w warunkach prawidłowych, przy należytém pielęgnowaniu, niekoniecznie i wcale nie zawsze staje się dla dziecka śmiertelném, — w danym zaś razie, gdy dziecko bez okrycia pozostawiono na polu i na zimnie, nastąpiła śmierć jego w skutek działania niskiéj ciepłoty, tém prędzéj, o ile ono już zostawało pod szkodliwym wpływem wynaczynienia śródoponowego. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Virchow: O dławcu i błonicy.

Przez dławiec (*croup*, wyraz szkocki) rozumiano pierwotnie jedynie tylko ostrą chorobę krtani, łączącą się ze zmianą głosu, grożącą uduszeniem, a polegającą na tworzeniu się błon wrzekomych na powierzchni błony śluzowéj krtani. Poznanie anatomicznéj podstawy dławca datuje się od roku 1807, kiedy cesarz Napoleon I, po śmierci jednego z swych braci, która skutkiem dławca nastąpiła, wielką przeznaczył nagrodę za zbadanie istoty téjże choroby.—Rokitansky zastósował późniéj nazwę zapalenia dławcowego do wszystkich podobnych spraw chorobowych, toczących się na innych błonach śluzowych, jak np. na błonie śluzowéj macicy, odbytnicy itp., a wreszcie gdy w roku 1835 wykazano, że w zapaleniu płuc występuje wypocina krzepnąca w pęcherzykach płucnych, nazwał także tę formę zapalenia płuc zapaleniem dławcowém. Od dławca odróżnił Bretonneau schorzenie błony śluzowéj gardła pod nazwą błonicy (*diphtheritis*).

Już w roku 1847 wypowiedział Virchow zdanie, które dotychczas jeszcze nie wszyscy klinicyści podzielają, że błonica jest sprawą toczącą się w saméj tkaninie błony śluzowéj, sprowadzającą obumarcie téjże. W błonicy nie ma więc błon wrzekomych, luźnie na powierzchni błony śluzowéj osiadłych, lecz istnieją tylko błony, pochodzące z odłuszczenia się saméj tkaniny uległéj obumarciu. Dlatego téż wszędzie tam, gdzie odłuszczenie nastąpiło, widocznym jest

ubytek tkaniny, powstaje owrzodzenie. Takie błonicze owrzodzenia istnieją w najpomyślniejszych nawet przypadkach, a widzieć je można bardzo dobrze na migdałkach, w gardle, na podniebieniu miękkiém, na języczku, w krtani, a nawet w tchawicy. Naturalnie, że trudno było Virchowowi podówczas odgadnąć pasorzytniczą przyrodę błonicy. Mimo to już wtedy przypisał on największe znaczenie odkrytym przez siebie „ziarnom," aczkolwiek uważał je za rodzaj skrzepniętego białka. Dziś nie ulega wątpliwości, że ziarna te są pasorzytami, wywołującemi błonicę.

W przeciwstawieniu do błonicy istnieją bezsprzecznie błony wrzekome, które li tylko na powierzchni błony śluzowéj leżą, a po których zdjęciu nie ma ani śladu owrzodzenia. Są to błony dławcowe.

Jakkolwiek wszyscy przyznają, że sprawa dławcowa jest zupełnie różną od sprawy błonicowéj, pod względem anatomicznym, to przecież zdaniem niektórych autorów, mają obie choroby zawdzięczać swe powstanie jednéj i téj saméj przyczynie. Opierając się na téj podstawie etyjologicznéj uważają oni wszystkie sprawy chorobowe w mowie będące za błonicę, która może się pojawiać w różnych formach. Dławiec ma być zatém według nich jedną z form błonicy.

Przeciw temu zapatrywaniu występuje Virchow, przytaczając następujące dowody: 1) Środki żrące, które wkradną się przy połykaniu do krtani wywołują wytwarzanie się błon zupełnie podobnych do błon dławcowych. Zgodne wyniki otrzymano także w drodze doświadczalnéj u zwierząt przez drażnienie błony śluzowéj odpowiedniemi środkami żrącemi. Fakty te wskazują, że błony dławcowe wytworzyć się mogą z różnych przyczyn, a nie wyłącznie pod wpływem pasorzytów.—2) Zapalenie płuc, występujące u dzieci w przebiegu dławca, nie polega w przeważnéj części przypadków na wytworzeniu się wypociny włóknikowéj w pęcherzykach płucnych, lecz przedstawia się w formie zapalenia oskrzelopłucowego (*Bronchopneumonia*). Na odwrót, zwykłe zapalenie płuc, zwane dławcowém, nie łączy się wcale z dławcem (krtani i tchawicy).—3) Istnieją przypadki czystego dławca bez najmniejszego śladu istniejącéj lub przebytéj błonicy, czego dowodem jest brak jakiegokolwiekbądź ubytku tkaniny.—4) Zdarzają się wreszcie przypadki czystéj błonicy krtani i tchawicy, bez wypociny włóknikowéj, mianowicie w ospie i ospiance. Dawniéj sądzono, że w ospie pojawiają się czasem krosty w tchawicy. Zdaniem Virchowa krosta nie może się w ogólności wytworzyć w tchawicy, gdyż przybłonek nie ma po temu warunków. Ogniska żółte, wyniosłe, znachodzące się w ospie w tchawicy dają się łatwo zetrzeć, a po ich oddaleniu widoczném jest ognisko dyfterytyczne.

Uważając dławiec i błonicę za dwie odrębne czyste formy chorobowe, przyznaje nadto Virchow, że istnieje jeszcze trzecia grupa przypadków, w których występuje równocześnie jedna i druga forma, jak np. kombinacyja: *Diphtheria pharyngea et Pharyngitis fibrinosa.*

Z téj właśnie okoliczności, że istnieć może dławiec i błonica obok siebie, nie należy zdaniem Virchowa, wysnuwać wniosku, jakoby obie sprawy chorobowe były identyczne, lecz owszem trzeba określić dokładną różnicę pomiędzy obiema sprawami chorobowemi, jak np. między zapaleniem otrzewny, wynikłém skutkiem szerzącego się zapalenia dyfterytycznego macicy, a dyfteryją macicy, w którym to przypadku nie można powiedzieć, że zapalenie otrzewny jest także zapaleniem błonicowém. (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 9, 1885). *Dr. Prus.*

Prof. Tamassia (w Padwie): **O stosunku pomiędzy stężeniem trupiém a ciepłotą zwłok.**

Autor postanowił skontrolować przypuszczenia fizyjologów i lekarzy sądowych, według których ciepłota zbyt niska i zbyt wysoka przyspiesza wystąpienie stężenia trupiego. Doświadczenia swe robił na większych zwierzętach (królikach, psach itd.), u których wywoływał śmierć prawie natychmiastową przez poderznięcie gardła. Z każdego zwierzęcia umieszczał po jednéj odnodze górnéj i dolnéj téj saméj strony na płycie szklanéj, pozostawiając je w ciepłocie zwykłéj; odnogę górną i lewą strony drugiéj zaś również na płycie szklanéj umieszczał przy ciepłocie jużto bardzo niskiéj, jużtéżto wysokiéj, a ciepłotę tę utrzymywał jednostajnie za pomocą pieca gazowego, wody a względnie mięszanin mrożących. Co do ciepłoty średniéj (13—15°C.) był w stanie sprawdzić stosunki zupełnie zgodne z dotychczas ogólnie przyjętemi zasadami: naprzód, że prawo Nystena jest całkiem uzasadnione, następnie że stężenie występuje pomiędzy 2ą a 4tą godziną po śmierci, u zwierząt delikatniejszych wcześniéj aniżeli u większych. Inaczéj ma się rzecz w obec ciepłoty niezwykłéj. W ciepłocie bardzo niskiéj (— 10°C.) i bardzo wysokiéj (75°C.) stężenie powstaje prawie natychmiast; ciepłoty 0°—2° i 44°—60° przyspieszają znacznie stężenie; ciepłoty 5° i 30—32° jeszcze przyspieszają, ciepłoty zaś wahające się między 13—15° stężenie opóźniają. Przy téj sposobności T. prostuje zdanie niektórych autorów, jakoby u ludzi zmarłych z ujścia krwi stężenie się opóźniało i było w ogóle słabszém; przeciwnie przypadki te nie czynią wyjątku od prawidła.

Z ustalenia warunków, śród których stężenie trupie występuje jużto prędzéj, jużtéżto później, T. obiecuje sobie nie mało pod względem oznaczenia czasu, jaki upłynął od chwili śmierci, co w przypadkach sądowolekarskich jest rzeczą wielkiéj wagi. Podczas gdy Orfila twierdzi, że oznaczenie chwili śmierci na podstawie zmian pośmiertnych przechodzi siły ludzkie, Tardieu przeciwnie uznał zadanie to za bardzo łatwe. Sądzimy, że prawda leży pośrodku; jesteśmy w stanie oznaczyć w przybliżeniu czas, jaki upłynął od śmierci, jeżeli uwzględnimy dokładnie wszystkie okoliczności; aby je zaś oznaczyć z matematyczną ścisłością, na to zapewne nikt się nie porwie pomimo dat podanych przez autora. (*Rivista sperimentale di medicina legale*, Anno X, fasc. IV, 1885, pag. 428—442). *L. B.*

Babes: **Badania nad prątkami przecinkowemi Kocha.**

Autor zajmował się przedewszystkiém pytaniem, czy prątki przecinkowe znajdują się stale w treści jelit osób w przypadkach cholery. Z 10 przypadków świeżych i 5 starszych znalazł w jednym bardzo liczne prątki, w jelitach innych pięciu osób rozrzucone tu i owdzie dość licznie, a nie mógł wykazać żadnego innego rodzaju prątków; w reszcie przypadków znajdowały się prątki przecinkowe obok prątków kałowych i obok charakterystycznego prątka kształtu lancetowatego ułożonego w pasy; lecz prątki przecinkowe były w tak małéj ilości, że trudno byłoby z ich obecności wnosić o zakażeniu choleryczném. Wreszcie w dwóch starszych przypadkach nie znalazł autor nic, coby nawet w przybliżeniu przypominało prątki Kocha.

Inaczéj jednak przedstawia się rzecz, jeżeli się części kału lub masę białawą z gruczołów Peyerowskich użyje do hodowli. Przy tém postępowaniu udało się autorowi z 10 przypadków otrzymać 9 razy wyniki dodatnie a nawet i wynik ujemny można policzyć na karb pewnych niedokładno-

ści w postępowaniu. Tylko w dwóch starszych przypadkach, które mogły liczyć 6—10 dni, nie udało się B. otrzymać prątków wyhodowanych.

Ważny wpływ na rozwój prątków przecinkowych wywiera środek, do którego przeniesione zostały np. w rozczynie gelatynowym, do którego dodano $^1/_{90000}$ część sublimatu, prątki utworzyły tylko maleńką grupę, która się później nie powiększała, a szczepienie w tym razie okazywało wyniki ujemne. Rozwój prątków zależy także od gęstości rozczynu gelatyny i to im rzadsza jest ciecz odżywcza, tém prędzéj tworzą się grupy prątków. Udało się także hodować prątki na mleku, świeżém mięsie, gotowanych jajach, bulijonie, gotowanych ziemniakach, burakach, kapuście; gorzéj już na zwilżonym chlebie i owocach strączkowych. Na świeżych jarzynach, sokach owocowych, czekoladzie i kawie a wreszcie i łajnie prątki się wprawdzie nie rozwijały, lecz pozostawały przez 48 godzin przy życiu. Podniesienie ciepłoty nie jest również bez wpływu na żywotność prątków, i tak do 45° ogrzane rozwijają się one zupełnie dobrze, podczas gdy wystawione przez 2 dni na działanie ciepłoty 46—48° nie okazywały żadnych oznak życia, lecz przy szybkiém ogrzewaniu potrzeba było aż ciepłoty 85°, aby je pozbawić zdolności mnożenia się. Jeżeli do cieczy odżywczéj, w któréj znajdowały się prątki przecinkowe, dostaną się prątki gnilne, to po pewnym czasie pierwsze tracą zdolność rozwoju.

Autor badał działanie następujących środków odwaniających na prątki przecinkowe: kwas karbolowy, którego jedna cząść dodana do tysiąca części gelatyny sprawia, że wprawdzie prątki rozwijają się, lecz po kilku dniach obumierają.

Ten sam skutek osiągamy dodając siarkanu miedziowego 1 do 3000—5000 środka odżywczego, kwasu salicylowego 1:800—900, tymolu 1:9000—10,000, jodu 1:600—800, bromu 1:600, wyskoku 1:15, kwasu octowego 1:2000, siarkanu chininowego 1:800 (?) Jeżeli stosunek środka odwaniającego jest większy, natenczas hodowla wcale się nie udaje. Nadmanganezian potasowy tworzy w gelatynie brunatny osad nie wywierając żadnego wpływu na rozwój prątków. Olejki eteryczne jak miętowy, gwoździkowy, terpentynowy działają tylko bardzo słabo w tym kierunku.

Do doświadczeń szczepiennych używał autor myszy, królików i świnek morskich. Dwie białe myszy, którym zaszczepił wyhodowane prątki na nasadzie ogona, już po kilku godzinach przestały żyć a z krwi i śledziony ich udało się B. wyhodować napowrót prątki. W jednym z tych przypadków, w którym śmierć nastąpiła po 12 godzinach, znajdowały się prątki w miernéj ilości, w płynnéj białawéj treści jelit. Inna mysz, któréj również zaszczepiono prątki na nasadzie ogona i to za pomocą igły, była przez kilka dni jakby oszołomiona, spała dużo i oddziaływała na wszelkie bodźce bardzo leniwo.

Królik, któremu wstrzyknięto po otwarciu jamy brzusznéj około 0·2 g. cieczy odżywczéj z prątkami do dwunastnicy, przyszedł bardzo prędko do siebie.

Z dwóch świnek morskich, które w ten sam sposób zaszczepiono, nastąpiła u jednéj śmierć już w 3 dniach pośród silnego rozwolnienia, przyczém nie brakło w jelitach treści ryżowéj i nastrzykania kępek Peyerowskich; gdy druga, któréj wszczepiono o połowę mniéj niż poprzedniéj, bo tylko 0·05 grm., wyzdrowiała w 3 dniach zupełnie. Ostatnie doświadczenie powtórzył B. w ten sam sposób, lecz otrzymał wynik ujemny, co prawdopodobnie przypisać należy jakiejś niedokładności w postępowaniu. Nawiasem mówiąc, sam autor zauważył w treści jelit cienkich u myszy prątki podobne do przecinka, które wszakże w gelatynie wcale się nie rozwijają.

B. przechodzi następnie do omówienia kształtu i rozwoju prątków. Mają one kształt odcinka koła, szerokość 0·4—0·5 μ. a długości 1—2 μ. Przy małém powiększeniu wyglądają jednostajnie i szerokość wydaje się być we wszystkich częściach równą. Przy znaczniejszém powiększeniu $^1/_{24}$ Hartnacka Ocul. 4 i przy wyciągniętéj rurce można na nich odróżnić 3 części składowe zwłaszcza, jeżeli się je bada tuż po zabarwieniu, kiedy jeszcze nie utraciły swéj żywotności, a mianowicie lekko zabarwioną osłonkę, bezbarwną pierwoszczę i wreszcie bardzo silnie zabarwioną masę, która zwykle jest nagromadzoną na końcach, podczas gdy we środku widać jedno lub dwa miejsca blade, które wejrzeniem swém przypominają zarodki i może być, że odpowiadają początkowemu okresowi rozwoju tychże. Niekiedy można rozeznać, że prątki są zakończone ostro, przez co zbliżają się kształtem swym do księżyca, w innych razach widać na końcach wyraźne zgrubienia, rzadziéj znajduje się zgrubienie w środku prątka. Czasem wreszcie widać dwa prątki połączone lub więcéj a odpowiednio temu całość przybiera w pierwszym razie kształt litery S, w drugim razie kształt linii spiralnéj. (Dok. n.)

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

Sprawozdanie z Walnego Zgromadzenia w dniu 14 lutego 1885.

Przewodniczący Towarzystwa Dr. Biesiadecki Alfred otwierając posiedzenie o godzinie $10^1/_2$ rano stwierdza, iż statutem wymagana liczba delegatów jest obecną, wita zgromadzonych, z których niektórzy z odległych okolic kraju przybyli i odczytuje spis Delegatów obecnych na posiedzeniu, i tak Towarzystwo lekarskie krakowskie reprezentowane jest przez kolegów Krówczyńskiego i Riegera, Sekcyję lwowską reprezentują koledzy: Dr. Edward Strojnowski i Dr. Grzegorz Ziembicki syn, Sekcyję bocheńską Dr. Edward Witkowski ze Szczurowy, czortkowską Dr. Ludwik Żminkowski z Husiatyna, jasielską Dr. Jan Biesiadecki z Jasła, kołomyjską Dr. Maksymilijan Rosner z Kołomyi, premyską Dr. Ferdynand Cassina z Przemyśla, rzeszowską Dr. Józef Barzycki z Rzeszowa, sądecką Dr. Ferdynand Obtułowicz z Buczacza, samborską Dr. Franciszek Niedźwiecki z Sambora, sanocką Dr. Józef Dukiet z Rymanowa, stryjską Dr. Bolesław Serkowski ze Stryja, zaleszczycką Dr. Adam Skibicki z Horodeńki, złoczowską Dr. Albin Waligórski z Przemyślan; w ten sposób nie są reprezentowane Sekcyje brzeżańska, stanisławowska, tarnowska i żółkiewska, a to z powodu iż trzéj delegaci tych sekcyj (Dr. Marynowski, Dr. Broniowski i Dr. Hordyński) w skutek choroby nie mogli przybyć na dzisiejsze Zgromadzenie. Ze strony Rady Zawiadowczéj są obecni prócz kolegów Krówczyńskiego i Riegera, także Dr. Alfred Biesiadecki, Dr. Adam Czyżewicz, Aleksander Littich, Dr. Józef Merunowicz i Dr. Oskar Widman.

Dr. Biesiadecki wzywa Zgromadzonych do wyboru Przewodniczącego Walnemu Zgromadzeniu, poczém na wniosek Delegata przemyskiego wybrano przez aklamacyję Dra Alfreda Biesiadeckiego.

1. Sekretarz jeneralny odczytuje Sprawozdanie Rady Zawiadowczéj za r. 1884 z czynności téjże Rady i z zarządu fundacyją śp. Bonifacego i Magdaleny Stillerów.—(Sprawozdanie to zostało ogłoszone drukiem i będzie wszystkim członkom Towarzystwa rozesłane).

2. Skarbnik jeneralny kol. Littich odczytuje sprawozdanie kasowe za r. 1884, poczém delegat Cassina imieniem Komisyi rewizyjnéj oznajmia, że taż Komisyja sprawdziła stan kasy i ksiąg, i znalazła wszechstronny porządek i na téj zasadzie wnosi:

Fig. I.



Fig. II.



Lit. A. Pruszyńskiego w Krakowie

Walne Zgromadzenie udziela Radzie Zawiadowczéj absolutoryjum z rachunków za rok 1884.

Wniosek Komisyi rewizyjnéj przyjęto jednomyślnie.

Sekretarz jeneralny odczytuje szczegółowe zamknięcie rachunkowe za rok 1884 fundacyi śp. Stillerów, objaśniając każdą pozycyję, a nadto Przewodniczący udziela jeszcze szczegółowych wiadomości co do administracyi tym funduszem.

Zgromadzenie przyjmuje to sprawozdanie do wiadomości i na wniosek Dra Cassiny uchwala Drowi Biesiadeckiemu Alfredowi, Drowi Czyżewiczowi i Merunowiczowi podziękowanie za gorliwe i skuteczne zajęcie się sprawami wspomnianéj fundacyi.

3. Przewodniczący wzywa obecnych, aby przez powstanie uczcili pamięć zmarłych w ciągu r. 1884 członków czynnych Towarzystwa, a mianowicie kolegów Chamaidesa, Kaczkowskiego, Füllenbauma, Orzechowicza, Towarnickiego, Schützera, Rychlickiego i Trommelschlägera. Wszyscy powstają.

4. Sekcyja stryjska uchwaliła na swém tegoroczném administracyjném posiedzeniu przedstawić Walnemu Zgromadzeniu wniosek w celu ponowienia starań o utworzenie Izb lekarskich.

Referent Dr. Rieger, który imieniem Rady Zawiadowczéj ten wniosek Walnemu Zgromadzeniu przedstawił, podniósł, że obecna chwila w przededniu nowych wyborów do Rady państwa jest niestósowną do wniesienia téj petycyi i wnosi:

Walne Zgromadzenie uchwala: upoważnia się Radę zawiadowczą do poczynienia odpowiednich kroków po nowych wyborach do Rady państwa w celu utworzenia Izb lekarskich. Uchwalono.

5. Imieniem Rady Zawiadowczéj wnosi Sekretarz jen. aby pani P., wdowie po członku Towarzystwa, liczącéj lat 70, udzielić stałą dożywotną pensyję o rocznych 120 złr. w. a., co też uchwalono, również przyjęto drugi wniosek, aby sierocie po śp. Drze S., także kilkoletnim członku, Towarzystwo udzieliło stałą pensyję po 120 złr. w. a. rocznie, aż do osiągnięcia wieku statutem oznaczonego, tj. do skończonego 16go roku. Zgodnie z wnioskiem Rady Zawiadowczéj uchwalono wdowie po śp. Drze F. nie udzielić stałéj pensyi, a to z powodu, iż zmarły zaledwie przez kilkanaście miesięcy był członkiem Towarzystwa, a wdowa jego [1]) otrzymała już zapomogę jednorazową.

6. W sprawie wynagradzania czynności sądowolekarskich wysyłają lekarze innych prowincyj Państwa rakuskiego petycyje do Wysokiego Ministerstwa sprawiedliwości, a ponieważ i lekarze do naszego Towarzystwa należący uskarżają się od dawna na liczne przykrości w praktyce sądowolekarskiéj, Rada Zawiadowcza więc przedkłada Walnemu Zgromadzeniu projekt takiéj petycyi, opracowany przez Drów Czyżewicza i Strojnowskiego.

Po odczytaniu tego projektu zabierali głos Delegaci Obtułowicz, Zminkowski, Rosner, Skibicki, Cassina, wszyscy zgodnie uznawali konieczność takiego memoryjału, i zgadzali się w ogóle na przedstawiony projekt, niektórzy jednak pragnęli niektóre ustępy dobitniéj mieć podniesione. Na wyjaśnienie referenta Dra Czyżewicza, że projekt ten rozesłany będzie wszystkim Sekcyjom, które według własnego uznania mogą poczynić w niém odpowiednie zmiany, przyjęto ten projekt memoryjału *en bloc*.

7. Zgodnie z wnioskiem Rady Zawiadowczéj i z powodów wyłuszczonych w sprawozdaniu za r. 1884 uchwalono ustawy Towarzystwa nie zmieniać, tak iż nadal obowiązuje ustawa nasza z r. 1880.

8. Delegat kołomyjski Dr. Rosner imieniem swéj Sekcyi podaje następujący wniosek naglący: Rada Zawiadowcza zechce o wszystkich czynnościach przedsięwziętych w interesie ogółu lekarzy uwiadomić Sekcyje w drodze właściwéj. Wniosek ten uznano za nagły i przyjęto.

9. Delegat Dr. Cassina wnosi: Rada Zawiadowcza poczyni odpowiednie kroki, aby lekarzom dozwoloném było używać pociągów towarowych do jazdy za opłaceniem kwoty odpowiedniéj.

Wniosek ten uznano również za nagły i przyjęto jednomyślnie.

[1]) Przy tém podnosi Przewodniczący, że w ostatnim czasie coraz częściéj zdarzają się przypadki, iż lekarze, którzy poprzednio nie poczuwali się do obowiązku popierania Towarzystwa, teraz czując się niezdolnymi do pracy, przystępują do Towarzystwa tylko po to, aby w kilka tygodni zaraz ubiegać się o zapomogę. W obec takiego postępowania Towarzystwo musi przedewszystkiém uwzględniać starszych członków, oraz ich wdowy i sieroty.

10. Do Komisyi rewizyjnéj na rok 1885 wybrano delegatów Sekcyi czortkowskiéj i sanockiéj.

11. Prezesem Towarzystwa obrano na 14 głosujących jednomyślnie Dra Alfreda Biesiadeckiego, również wszystkiemi głosami zastępcą Prezesa Dra Adama Czyżewicza obu na rok jeden. Sekretarzem jeneralnym również jednomyślnie obrano na trzecie trzechlecie Dra Józefa Merunowicza, członkami Rady Zawiadowczéj obrano na rok jeden ponownie Dra Władysława Bylickiego, Dra Karola Smutnego i Dra Oskara Widmanna. Skarbnik jeneralny kol. Aleksander Littich wybrany na trzy lata w lutym r. 1883 urzęduje jeszcze przez rok 1885.

Na tém zakończono posiedzenie i uwolniono sekretarza od odczytania protokółu.

Dr. Merunowicz — Sekretarz jen.
Dr. Biesiadecki — Prezes.

VI. Maciej Józef Brodowicz.

Rys bijograficzno-historyczny.

Skreślił

Prof. Dr. Józef Oettinger.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

Jeszcze kres tego urzędowania nie był upłynął, kiedy w r. 1840 zniewolony prawie został do przyjęcia nowego dostojeństwa, drugiego co do rangi obok Prezesa Senatu, gdyż równego co do znaczenia stopniowi ministra oświaty, a to na opróżnione po X. Schindlerze miejsce, powołanego na szczebel najwyższy naczelnika rządu. Urzędowa nazwa tego stanowiska pochodziła od ostatniéj reorganizacyi i brzmiała: Komisarz rządowy przy zakładach naukowych.

Brodowicz pod tym tylko warunkiem ustąpił natarczywym naleganiom a poniekąd i groźbom, że nie będzie miał potrzeby rozstawać się z ulubioną katedrą i droższą jeszcze kliniką, którą jako swoje pieszczone dziecię umiłował. Z własnego natomiast popędu zrzekł się odtąd sutéj praktyki prywatnéj, za którą jednak nigdy nie gonił a raczéj z jéj natarczywych uścisków z godnością się wyrywał. Nie poczytywał on jeszcze zawodu lekarskiego za rzemiosło, a wykonywał go z kapłańskiém namaszczeniem bez śladu chciwości a wszelką tak zwaną przechwałką i roztrąbką brzydził się jako obrażającą jego uczucie i smak wykształcony. Godność stanu lekarskiego szanował równie w sobie, jak w kolegach, których nigdy na poniewierkę w obec publiczności nie narażał, lecz owszem dzielnie od niéj ochraniał.

Sprawie tylko publicznéj odtąd wyłącznie oddany przyspieszył rozszerzenie gmachu klinicznego o dwa boczne skrzydła, a w r. 1843 z zadowoleniem autora inaugurował powtórnie i uroczyście w obec władz rządowych, uniwersyteckich i młodzieży drugie, jak się wyraża, „wydanie swojego dzieła“ murowanego. Drukarnią uniwersytecką dźwignął z upadku rozciągnąwszy troskliwą nad nią i skuteczną opiekę.

Pragnąc gorąco podnieść wszystkie zakłady naukowe a prócz tego czynić je przystępnemi dla młodzieży także zamiejscowéj, zwłaszcza z okolic bliższych, wypracował on dokładny ich opis w języku niemieckim i przesłał go Rządowi austr., z prośbą, aby na jego zasadzie udzielił i wyjednał u sprzymierzonych dworów to pożądane pozwolenie dla kształcącego się pokolenia ziem przyległych. Starał się nie tylko o pomnożenie szkół ludowych, lecz co ważniejsza o wykształcenie usposobionych należycie nauczycieli przez zaprowadzenie w braku odpowiedniego seminaryjum, wykładów i egzaminów pedagogiki i metodyki, tudzież obowiązkowéj nauki muzyki i rysunków. Sejm w r. 1844 z własnéj

inicyjatywy w uznaniu znakomitych i wielorakich zasług przyznał Brodowiczowi dodatek osobisty do pensyi w kwocie 1000 złp. rocznie rozporządzalny po profesorze Markiewiczu.

Krwawéj i ohydnéj pamięci rok 1846 zapisał się wybitnemi wypadkami w dziejach Krakowa. W lutym wojska austryjackie zająwszy po raz drugi od r. 1836 miasto, w kilka dni skutkiem zbrojnego nocnego rozruchu ulicznego wyniosło się cichaczem zabrawszy z sobą rząd cały i pozostawiwszy mieszkańców na łasce niehamowanych niczém prócz wrodzoną łagodnością surowych popędów pospólstwa, odznaczającego się jednak przykładną wstrzemięźliwością w porównaniu z rozhukaném chłopstwem obwodów bocheńskiego i tarnowskiego. Brodowicz pozostał na miejscu czuwając troskliwie nad całością powierzonych swéj opiece naukowych zakładów i skarbów w obec wynurzającego się z ukrycia ruchu rewolucyjnego i jego przewodników. Nie było wolne od klasycznego komizmu spotkanie tego legalnego dostojnika z nowo na jego miejsce mianowanym rewolucyjnym ministrem oświecenia Gorzkowskim, nie dawno przedtém asystentem przy katedrze fizyki a więc pokornym tamtego podwładnym. Nie zdołał on też ukryć nieśmiałości przed swoim niegdyś zwierzchnikiem, który znowu pod pozorną a ironiczną uległością dyktował mu dla siebie rozkazy zmierzające do zachowania wszystkiego w porządku i całości, a odkładające, jak radził, zmiany donośniejsze do czasu, „gdy Litwa złączy się z Koroną“. Uwolniony jedném pismem Dyktatora od dotychczasowych obowiązków Br. otrzymał drugiém natychmiast nominacyję na Radzcę ministerstwa, a w kilka dni potém przed ucieczką samego ministra wezwanie od tegoż, aby go w nieobecności bez żadnego ograniczenia na tym wysokim urzędzie zastępował! Wydana w r. 1846 za staraniem Brodowicza i z polecenia władzy edukacyjnéj: N a u k a d l a s z k ó ł m i e j s k i c h i w i e j s k i c h uwikłała go niespodzianie w spór z biskupem X. Łętowskim o zamieszczony w niéj katechizm nie opatrzony cenzurą duchowną. W polemice téj odmawia on słuszności zarzutom i zakazowi wydanemu przez konsystorz jeneralny i występuje według słów własnych, „jako prosty, szczery chrześcianin bez wszelkich zresztą epitetów“.

W listopadzie tegoż roku zgasła snem wiecznym Rzeczpospolita krakowska, trzecia Brodowicza ojczyzna, wcielona do państwa austryjackiego, w ciasném tylko kole kilku zwolenników opłakiwana.

Zwaliła się polityczna podpora publicznéj jego działalności, do któréj tak się przywiązał, jak gdyby była niespożyta. Był to pierwszy grom, który uderzył i zachwiał podwaliny jego skrzętnéj budowy. Zatrzymany na swojém stanowisku urzędowém lękał się, aby jak Rzeczpospolita tak i starożytny Uniwersytet, broń Boże! nie zasnął i to na jego właśnie ręku. Wypracował więc szczegółowe sprawozdanie o wszystkich krakowskich zakładach naukowych natchnione ojcowską dla nich pieczołowitością i o ich przyszłość troską, upraszając o skuteczną dla nich opiekę, a dla siebie o uwolnienie od urzędu równie komisarza jak konserwatora, jako odtąd wobec cesarskich władz naukowych zbytecznego. Zesłany w r. 1847 do sprawdzenia raportu i rozpatrzenia się na miejscu w urządzeniach wychowania publicznego prof. Endlicher z Wiednia przesadną pochwałą tego co znalazł, wobec wręcz przeciwnego uprzedzenia w kołach rządowych wiedeńskich, więcéj może sprawie zaszkodził, niż mógł się obawiać, ściągnął bowiem na siebie podejrzenie sądu stronniczego, olśnionego z góry zbytnią życzliwością.

W uznaniu zasług wielkich położonych około dobra Uniwersytetu Jagiell. tenże na dniu 1 sierpnia 1847 uwieńczył Brodowicza stopniem doktora filozofii a w październiku tegoż roku po raz wtóry ofiarował mu berło rektorskie. Tymczasem nowe prądy społeczne i naukowe wzbierając coraz bardziéj z nieprzepartą siłą rozhukanych żywiołów zerwały nagle w marcu 1848 krępujące tamy wywołując wstrząsające przesilenie. Brodowicz z zaczerpniętéj już za młodu zasady, z charakteru nie ugiętego i przywykły do napotykanéj dotąd uległości nie dawał przystępu nowościom, zwłaszcza w klinice, jakkolwiek w innych uniwersytetach nowe poglądy a głównie metody badania pod kierunkiem Škody, Rokitańskiego, Hebry, Hamernika itd. pełną i wszechwładną rozlewały się już falą. Z uporem nieugiętego dogmatyka nie przypuszczał, aby inny, niż jego własny kierunek mógł być pożyteczny a tém mniéj zbawienny. Eklektyczny witalizm Hildenbrandta i Rajmana był w jego oczach nieomylny, a co się z nim nie zgadzało, było wymysłem płonnym, chwilowym, bez trwałéj wartości. Omyliła go ta wiara w dogmat naukowy, jak go omyliła wiara w trwałość rzeczypospolitéj krakowskiéj i systemu Metternicha. Wszystkie więc filary zewnętrzne jego jednolitego dogmatyczno-racyjonalnego systemu nagle się zatrzęsły i zachwiały kruszyły się podpory, grunt z pod nóg mu się usuwał.

Oprócz téj rozszalałéj burzy powszechnéj uderzyły nań nagle ciężkie próby i gorzkie umartwienia osobiste. W tém gwałtownem starciu się różnorodnych żywiołów obok porywów i uniesień szlachetnych występowały z całą zapalczywością rozkiełznane namiętności i brudne a dzikie popędy, nie szanując żadnéj powagi, rzucające się zawzięcie na każdą wyższość, na każdą zasługę. Wyswobodzona nagle prasa nadużywała świeżo uzyskanéj wolności, aby osobistym dogadzać niechęciom i zawiściom. Poddawano nietylko surowéj krytyce stanowisko urzędowe, naukowe ale i osobiste przymioty Brodowicza, tém surowszéj i zacieklejszéj, im więcéj przedtém łaszono się i pełzano. Zuchwałością chciano powetować dawniejszą pokorę a nie żałowano grubéj przesady a nawet bezczelnych kłamstw i potwarzy.

Wszystkie pociski znosił Br. acz nie bez męki, ale cierpliwie i z godnością, biorąc przytém z urzędu żywy udział w obradach i usiłowaniach zmierzających do jasnego sformułowania potrzeb Uniwersytetu w obec nieodzownych wymagań nowego ducha czasu. W tym burzliwym ruchu rozkołysującym coraz wyżéj piętrzące się bałwany rozhukanych i szalejących namiętności jeden objaw ponad inne niewymownym przejął go bólem. Kilku uczniów rozzuchwalonych i odurzonych panującym szałem ośmieliło się na ten krok nierozważny, lubo natchniony pragnieniem naukowego postępu, wyrażenia mistrzowi życzenia, iżby z katedry klinicznéj ustąpił, wymagającéj większego niż dotąd uwzględnienia nowszych zdobyczy na polu umiejętnéj praktyki lekarskiéj. Był to cios Brutusa godzący w ojcowskie serce Juliusza Cezara. Nawykły do hołdów i bezwzględnéj uległości swych uczniów, którzy go słuchali jak nieomylnéj wyroczni, nie mógł uwierzyć, aby w ich głowach wykłóć się zdołała szalona myśl, a z ich ust wymknąć bezbożne słowo, które właśnie usłyszał. I ta młódź śmie żądać, aby pożegnał klinikę, która mu tak do serca przyrosła, którą za swoje dzieło uważał i jak pierworodnego syna pokochał! Było mu, jak gdyby się pod nim piekło rozwarło i wszystkiemi nań biło piorunami. Pohamował się atoli w swéj wielkiéj boleści, odparł niesforne targnięcie się na prawo nauczycielskie zanie-

chania swego zawodu według własnego a nie uczniów uznania.

Pozostał więc, ale z głęboką i jątrzącą raną w sercu, z raną tak bolesną, że nawet wspomnienia żadnego nie znosiła. Ukrywał ją w piersiach aż do śmierci. Pozostał jeszcze na stanowisku, aby ocalić swą powagę, aby nie zdawało się, iż uległ żądaniu młokosów. Ale od téj chwili już nie miał spokoju w klinice, paliły go podeszwy, jakby po rozżarzonych stąpał w niéj węglach, z gorączkową niecierpliwością wyglądał upływu następnego roku, aby dosięgnięty 60 rok życia mógł mu służyć za zamierzony od dawna kres swego profesorskiego zawodu i za powód do podania się o uwolnienie, zwłaszcza, że i nowe urządzenia mianowicie zniesienie egzaminów rocznych, czesne, dowolny wybór i rozkład przedmiotów naukowych nie przypadły mu do smaku, jako naśladowane z wzorów pruskich, do których jak i do rosyjskich miał zawsze wstręt nieprzezwyciężony. Uznał więc sam, że znikły dla niego wszystkie warunki skutecznego działania. Ówczesny minister wyznań i oświaty hr. Leon Thun, który go w r. 1849 wezwał do Wiednia dla brania udziału w naradach nad zamierzoną organizacyją Uniwersytetu krakowskiego i któremu wyjaśnień o naukowych téj starożytnéj szkoły potrzebach udzielił, zachęcał go najpochlebniejszemi namowami, aby tak wcześnie swych znakomitych usług i zdolności dobru powszechnemu a zwłaszcza Uniwersytetowi nie uchylał, lecz nadaremnie.

Z licznych podań i pism przesyłanych nietylko do władz, ale i prywatnie do osób wpływowych celem przyspieszenia sprawy okazuje się, jak mu z tém było pilno, jak liczył niecierpliwie minuty, jak był rozdrażniony i rozgoryczony. Na dowód niechaj służy ustęp z podania do Ministra wniesionego pod d. 28 lutego 1850, który w przekładzie polskim tak opiewa: „Że taki tryb życia prowadzony bez przerwy aż do r. 60go wyczerpaćby musiał siły nawet tęższe, trudno o tém wątpić, zwłaszcza w kraju, który Nieba zdaje się wybrały na ziemski czyściec *(Fegfeuer)* i gdzie wszystkie stosunki miejscowe i czasowe ciągle się na to składają, aby każdego człowieka nieco głębiej myślącego i delikatniéj czującego przed czasem nabawić siwizny i niemocy“. W lipcu 1850 nadeszła nareszcie upragniona wiadomość o zaszczytném przeniesieniu w stan spoczynku w skutek wielokrotnie wniesionych próśb własnych, z pochlebnym dodatkiem, że w uznaniu zasług położonych około uniwersytetu i miasta Krakowa Cesarz udzielił mu krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa.

Po wielu pracach, trudach, znojach, poświęceniach, goryczach i umartwieniach odetchnął swobodnie Brodowicz.

Raz jeszcze minister Thun wyraził ubolewanie nad wczesném usunięciem się od zawodu nauczycielskiego takiego znakomitego męża, dodając tę nie bardzo pochlebną dla innych profesorów krakowskich uwagę, że podniesienie Uniwersytetu zawisło jedynie od spółdziałania takich profesorów „jakimi byli Brodowicz i Wiszniewski, niestety byli“. Zamawia sobie w końcu światłą radę przy mianowaniu w swoim czasie zastępcy. Posypały się powinszowania od miejscowego naczelnika rządowego, od uczniów, od Wydziału lekarskiego. Miała się odbyć uczta d. 18 lipca, kiedy przed jéj zamierzoném rozpoczęciem zastąpiła ją okropna iluminacyja palącego się i w wielkiéj swéj części w perzynę się obracającego Krakowa. (C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 15—21 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 45,4. Z płonicy umarło 2 (4 z. t.); z błonicy 0 (1 z. t.); z duru osutkowego 0 (2 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach odry, 1 płonicy, 1 krztuśca, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 8—14 lutego umarło z ospy w Londynie 34, leczyło się w szpitalach 1319, świeżo zapadło 384. W Liverpolu, Petersburgu, Aleksandryi i Madrasie umarło z ospy po 1, w Pradze, Odesie po 2; w Bazylei, Birmingham, Madrycie. Kalkucie po 3; w Rzymie 4; w Paryżu 7; w Wenecyi 8; w Wiedniu 13. Z duru osutkowego umarło w Bukareszcie i Murcyi po 1, w Granadzie 2. Z cholery umarło w Kalkucie 21, w Madrasie 17, w Bombayu 9.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 8—14 lutego według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców umarło: w Krakowie 43,9; w Warszawie 28,1; w Poznaniu 27,5; w Wiedniu 29,7; w Budapeszcie 29,2; w Pradze 31,3; w Berlinie 22,6; w Wrocławiu 25,7; w Hamburgu 25,1; w Gdańsku 30,1; w Mnichowie 36,2; w Dreźnie 28,9; w Lipsku 23,7; w Bazylei 26,5; w Brukseli 26,7; w Amsterdamie 38,0; w Hadze 27,0; w Paryżu 26,6; w Londynie 19,5; w Kopenhadze 22,4; w Stokholmie 32,0; w Chrystyjanii 25,6; w Petersburgu 34,9; w Odesie 45,5; w Rzymie 27,4; w Wenecyi 33,9; w Bukareszcie 30,4; w Madrycie 44,9; w Aleksandryi 31,5; w Nowym Yorku 26,2; w Filadelfii 24,5; w Bombayu 23,7; w Madrasie 47,4. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 117.258 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W VI tygodniu od 1—7 lutego rb. zmarło 74 osób, co odpowiada na rok i 1,000 m. 31,9. W tym czasie zmarło 6 osób z ospy, 1 z płonicy, 2 z błonicy, 1 z dławca.

W VII tygodniu od 8—14 lutego r. b. zmarło 108 osób, co odpowiada na rok i 1,000 mieszkańców 47·9. W tym czasie zmarło 12 osób z ospy, 1 z płonicy, 1 z błonicy, 2 z dławca, 1 z gorączki połogowéj.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 5 marca. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego prof. Mikulicz przedstawił dziecko z resekcyją kolana, a Dr. Bossowski okazał pod mikroskopem laseczniki trądu; następnie Dr. Bogdanik z Biały miał odczyt o leczeniu złamania rzepki, a prof. Mikulicz wykład o nowotworach pęcherza.

* W sobotę w południe odbędzie się wykład habilitacyjny Dra Smoleńskiego z Jaworza.

* Z Buczacza donosi nam kol. Dr. Krzyżanowski, iż Dr. Karol Wągrowski, lekarz powiatowy w Czortkowie, zapadł na dur plamisty, którego się nabawił w Słobudce, gdzie choroba epidemicznie panuje. W przeciągu dwóch lat czwarty z kolei lekarz w okolicy owéj zapada na dur plamisty.

* Doszły nas 4 zeszyty dalsze (13—16) dzieła p. t. *Biographisches Lexicon*, wydawanego przez Hirscha i Wernicha nakładem firmy wiedeńskiéj Urbana i Schwarzenberga. W zeszytach tych mieszczą się biografije lekarzy począwszy od Deleuza aż do Fourniera, a z pomiędzy lekarzy polskich znajdujemy mniéj lub więcéj obszerne wzmianki o Dietlu, Dogielu, Domańskim, Duninie, Dybkach, Dybowskim, Estreicherze i Falimierzu. O zeszytach niniejszych to samo możemy powiedzieć, co o poprzednich; są zalety ale i wady, a nawet błędy. Wybór osób jest dowolny, to téż brak niektórych osobistości, któreby na wzmiankę zasłużyły; w życiorysie Dietla podniesiono przeważnie stanowisko jego polityczne, a z prac wyszczególniono tylko balneologiczne; w innych żywotach. jak np. Dittricha i Dlauhego, szczegóły podane mylne. Czuć się daje brak redakcyi jednolitéj.

* Doszedł nas Nr. 1 czasopisma p. t. *Centralblatt für chirurg. u. orthopäd. Mechanik* organ stowarzyszenia ogólnego fabrykantów narzędzi chirurgicznych, przyrządów ortopedycznych i opasek, wychodzić mającego co 2 miesiące w Berlinie pod redakcyją Heineckego, z współudziałem Leitera w Wiedniu, Schen-

ka w Bernie, Waltera w Bazylei i Windlera w Berlinie. Zadaniem stowarzyszenia i jego organu jest: ożywienie ruchu pomiędzy członkami, wydoskonalenie środków technicznych dla umiejętności lekarskich i zwalczanie konkurencyi nieuprawnionéj. W Nrze 1 mieszczą się liczne opisy nowych przyrządów, ozdobione więcéj niż 30 rycinami bardzo udatnemi.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Na ostatniém posiedzeniu Wydziału lek. przedstawiono docentów Wölflera i Hofmokla do nominacyi na rzeczywistych profesorów nadzwyczajnych, docenta Mauthnera na rzeczywistego płatnego prof. nadzw., docentów zaś Ultzmanna i Englischa do nominacyi profesorami tytularnymi. Następnie powołano do grona profesorów 4 nadzwyczajnych profesorów według starszeństwa, a mianowicie Benedikta, Sterna, Politzera i Grubera. Prof. Schrötterowi pozwolono miewać 10-godzinne wykłady z medycyny wewnętrznéj z nadaniem wykładowi temu równouprawnienia z innemi wykładami klinicznemi, skutkiem czego powstaje trzecia klinika lekarska. — Wreszcie zgodzono się na habilitacyję Drów Freuda, Riehla i Wagnera.

* **Nekrologija.** W Wiedniu umarł w 53 roku życia Dr. Ignacy Hauke, docent pedyjatryi i prymaryjusz kierujący szpitalem dzieci Arcyksięcia Następcy tronu.

W Tarnowie umarł 25 lutego Dr. Jan Franciszek Sławiński, sekundaryjusz w tamecznym szpitalu a poprzednio sekundaryjusz szpitala w Celowcu. Padł on ofiarą zawodu swego, umarł bowiem z duru osutkowego, którym się zaraził w szpitalu. We Włoszech umarł Dr. Wincenty Cauturri, profesor dermatologii w Neapolu, autor licznych prac specyjalnych, ogłoszonych w języku włoskim i francuskim. — W Dorpacie umarł Dr. Seidlitz w 87 roku życia, b. prof. kliniki lekarskiéj w Petersburgu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 9: Pawińskiego: Przyczynek do rozpoznawania tętniaków aorty brzusznéj; Holzmanna: O krzepnieniu krwi (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 9: Goldflama: Przyczynek do nauki o umiejscowieniach mózgowych; Florkiewicza: Trzy przypadki powikłanego przymiotu spóźnionego (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Zbiór prac z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie; zeszyt XI. (Odbicie z „Przeglądu Lek.") Kraków 1885, in 8vo str. 115 z 3 tabl.

Dr. W. JAWORSKI: Beobachtungen u. Betrachtungen über d. Trinktemperaturen der Karlsbader Thermen. (Osobne odbicie z „W. med. Woch." 1884), in 8vo str. 12.

Dr. Karol SZADEK (z Kijowa): Sifilis w riadu drugich parazitarnych bolieznei i borba organizma s sifiliticzeskim kontagiem. (Kiła w stosunku do innych chorób pasorzytniczych i walka ustroju z przyrzutem kiłowym). (Odbicie z „Kuryjera med." 1884, Nr. 44—50), in 8vo str. 35.

Rivista sperimentale di medicina legale, Anno X, fascic. IV, Reggio-Emilia 1885, in 8vo str. 313—504 z 2 tabl. litogr.

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Tablica litogr. i Sprawozdanie Rady zawiadowczéj Tow. lek. gal. za r. 1884.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 14 marca 1885. **№ 11.** Rok XXIV.

I. Z pracowni fizyjologicznéj prof. Tarchanowa w Petersburgu.

Oznaczenie prędkości ruchu krwi w naczyniach za pomocą nowego przyrządu, fotohemotachometru.

Podał Dr. Napoleon Cybulski.

Jakkolwiek fizyjologija w ciągu kilku ostatnich dziesięcioleci rychło się wzbogaciła w różnego rodzaju ścisłe przyrządy graficzne, dzięki którym pomyślnie rozstrzygnięto liczne i doniosłe zagadnienia fizyjologiczne, o których przedtém nawet mowy być nie mogło, to wszakże w sprawie ścisłego oznaczania ruchu krwi zrobiono bardzo mało, a nawet starannie, rzec można, omijano tę kwestyję. Zamiast bezpośredniego oznaczania prędkości ruchu krwi w żyłach i tętnicach przy badaniach mających rozstrzygać o wpływie rozmaitych czynników na rozdział krwi w układzie naczyniowym, posługiwano się metodami pośredniemi, jak naprzykład uciekano się do określenia zmian objętości danego narządu, zmian ciepłoty, średnicy naczyń, zmian ciśnienia bocznego w tętnicach i w końcu do określania ilości krwi z naczyń wypływającéj. Wszystkie powyższe sposoby do pewnego stopnia dawały możność sądzenia tylko o zmianach jakościowych w krwiobiegu. Taki stan rzeczy przedstawiał w swoim rodzaju dotkliwą łukę w odnośnym dziale fizyjologii, lukę tém dotkliwszą, że powszechnie przyznawano niedokładność i niedogodność w zastósowaniu przyrządów w tym celu zbudowanych i przyjętych w badaniach naukowych.

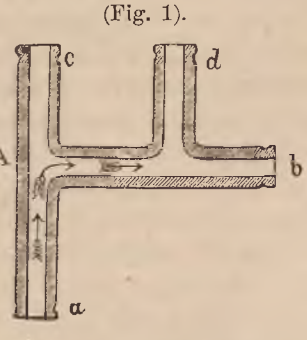
W obec takiego stanu rzeczy od lat już kilku czyniłem poszukiwania celem wykrycia, po pierwsze, na jakiéj zasadzie musi być zbudowany przyrząd,' którego zastósowanie pod każdym względem byłoby najdogodniejszém; powtóre, w jaki sposób zasada ta dałaby się praktycznie wyzyskać.

Liczne próby i poszukiwania przekonały mnie, że najodpowiedniejszą jest zasada rurki Pitota, czyli inaczéj manometryczne określenie ciśnienia zwanego hydrauliczném i będącego wynikiem parcia, wywieranego przez cząsteczki poruszającego się z pewną prędkością płynu na stojącą w drodze przeszkodę, gdyż w ten jedynie sposób daje się w znacznym stopniu uniknąć bezpośredniego zetknięcia się krwi z ciałami obcemi, co właśnie ma miejsce we wszystkich innych przyrządach, używanych do oznaczania prędkości ruchu krwi. Zetknięcie się to, jak wiadomo, wywołuje prędkie tworzenie się skrzepów, które jeszcze bardziéj wpływają na niedokładność przyrządów.

Szczegółowy wszelako rozbiór krytyczny tak przyrządów istniejących i uznawanych za niezadowalające, jak również przyrządu przez siebie zbudowanego, muszę tu pominąć, w nadziei dokładnego wyłuszczenia rzeczy gdzieindziéj; tu zaś poprzestanę na treściwym opisie sposobu zastósowania rzeczonéj zasady tudzież niektórych rezultatów otrzymanych za pomocą zbudowanego przezemnie przyrządu.

Zasadniczą część przyrządu stanowi rurka zgięta pod kątem prostym, z dwiema rurkami dodatkowemi, czego dokładne wyobrażenie daje fig. 1.

(Fig. 1).



Jeżeli końce téj rurki *a* i *b* połączymy z jakąkolwiek rurką, zawierającą ciecz, którąby się poruszała, dwa zaś inne jéj końce *c* i *d* połączymy z dwoma manometrami wodnemi i cały ten system, czyli rurkę zgiętą wraz z obu manometrami oraz łączącemi je rurkami, napełnimy cieczą, tedy wysokość poziomu cieczy w obu manometrach przedstawi nam całą wartość ciśnienia, pod jakiém płyn w rurce zostaje; gdy zaś powstanie ruch cieczy w głównéj rurce *a b*,

natenczas, w skutek połączenia rurki zgiętéj z manometrami i ruchu cieczy odbywającego się w kierunku przez strzałki (fig. 1) oznaczonym, musi téż powstać różnica pomiędzy ciśnieniami w rurkach dodatkowych c i d, albowiem na płyn zawarty w rurce c wraz z ciśnieniem bocznêm działającêm w całym układzie, wywierają nadto pewne parcie cząsteczki płynu zmuszonego zbaczać od swego pierwotnego kierunku właśnie wprost od ujścia téj rurki; tymczasem w rurce d na płyn działa tylko ciśnienie boczne. Otóż różnica powstająca pomiędzy ciśnieniem w obu manometrach zostaje w pewnéj ścisłéj zależności od prędkości ruchu cieczy w rurce zgiętéj a b. Zależność ta oczywiście musi być dla każdéj cieczy i dla każdéj rurki osobno ściśle określoną na drodze doświadczalnéj i rozumie się samo przez się, skorośmy już ściśle określili zależność różnicy ciśnień w obu manometrach od prędkości ruchu dla cieczy danéj, możemy też odwrotnie z różnicy ciśnień sądzić o prędkości ruchu cieczy danéj w rurce ab i określając różnicę ciśnień w obu manometrach określać samą prędkość ruchu, o którą chodzi.

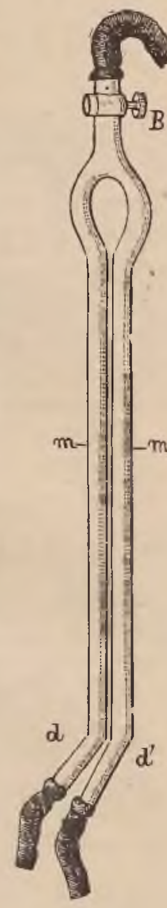
Określenie téj zależności różnicy ciśnień w manometrach od prędkości ruchu cieczy w rurce nie przedstawia żadnych szczególnych trudności. Co do mnie, przy swoich badaniach posługiwałem się w tym celu sposobem graficznym. Nasamprzód określałem doświadczalnie prędkość ruchu cieczy w rurce z ilości wyciekającéj z niéj cieczy na sekundę i jednocześnie odpowiadającą téj prędkości różnicę ciśnień w manometrach. Następnie, zmieniając szerokość otworu przy końcu rurki, zmieniałem prędkość ruchu cieczy i określałem ją wraz z różnicą ciśnień w manometrach, tym zmianom towarzyszącą. W ten sposób otrzymywałem szereg wartości dla prędkości ruchu cieczy i towarzyszącéj jéj różnicy ciśnień w obu manometrach. Odkładając na osi odciętych wartości dla różnicy ciśnień w manometrach, na odpowiednich zaś współrzędnych wartości towarzyszących im prędkości ruchu, otrzymywałem w ten sposób dla każdéj cieczy pewną krzywą, według któréj łatwo dawały się określić wszelkie inne prędkości ruchu danéj cieczy, skoro tylko różnica ciśnień w manometrach była wiadomą.

Badania, wykonane celem oznaczenia ścisłości téj metody, przekonały, że omyłki połączone z têm określeniem prędkości ruchu są bardzo nieznaczne, mianowicie nie przenoszą 1% w porównaniu z wartością otrzymywaną przy określaniu prędkości podług ilości wyciekającego płynu; opór zaś wywołany w systemie rurek, przez wkluczenie rurki zgiętéj, jak wiadomo z doświadczeń Volkmanna i Jakobsona, oraz na zasadzie wskazówek teoretycznych, jest tak nieznacznym, że może być w wyliczeniach zupełnie pomijany.

Warunki, śród których odbywa się krążenie krwi w organizmie, jako to: znaczne ciśnienie boczne i zmiany prędkości ruchu zależne od masy rozmaitych czynników, a przedewszystkiém od czynności serca, umożebniają bądź co bądź zastósowanie wyłożonéj zasady w powyższéj jéj formie. Po wielu próbach bezskutecznych udało mi się wszakże usunąć te przeszkody za pomocą powietrznego manometru różniczkowego, specyjalnie w tym celu urządzonego. Manometr ów składa się z rurki szklanéj, zgiętéj w kształcie szpilki do włosów, jak to przedstawia rysunek fig. 2.

Skoro połączymy taki manometr z rurką zgiętą, mianowicie z końcami jéj c d (fig. 1) i następnie wypełnimy cały system cieczą, z wyjątkiem górnéj połowy manometru różniczkowego, zamykając przytém kran p (fig. 2), natenczas oba ramiona manometru łączą się pomiędzy sobą za pomocą części wypełnionéj powietrzem. Oczywista, iż przy wszelkich zmianach ciśnienia w rurce głównéj, jeżeli w niéj nie zachodzi jednocześnie postępowy ruch cieczy w jakimkolwiek kierunku, poziom płynu w obu ramionach manometru musi zawsze pozostawać w jednéj płaszczyźnie pozioméj, podnosząc się lub opadając jednocześnie, w zależności od ciśnienia bocznego w rurce i ściskania się lub rozszerzania zawartego w górnéj części manometru powietrza. Przeciwnie, gdy ciecz zacznie poruszać się w rurce w kierunku oznaczonym przez strzałkę, wnet ujawni się pewna różnica w wysokości poziomów płynu w obu ramionach manometru; wartość téj różnicy równa się tylko ciśnieniu, któreśmy wyżéj nazwali hydraulicznêm, a stale oznaczamy przez h i które znajduje się w ściśléj zależności od prędkości ruchu cieczy. Otrzymując tedy wartość h, również jak śród opisanych wyżéj warunków, możemy łatwo określić prędkość ruchu cieczy w rurce.

(Fig. 2).

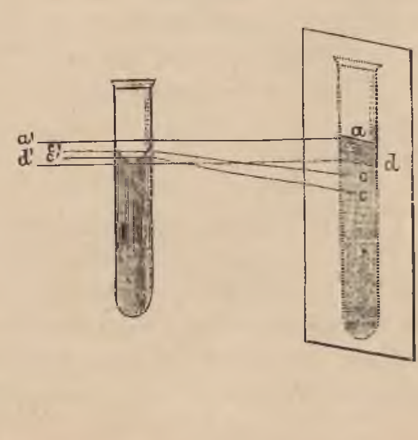


Przez wstawianie rurki zgiętéj do przeciętéj tętnicy napołączonym z rurką manometrze różniczkowym można spostrzegać zmiany h i podług tych zmian określać prędkość ruchu krwi, jeżeli się przedtêm drogą doświadczalną określiło krzywą, wyrażającą stosunek h do prędkości ruchu krwi danego gatunku zwierząt.

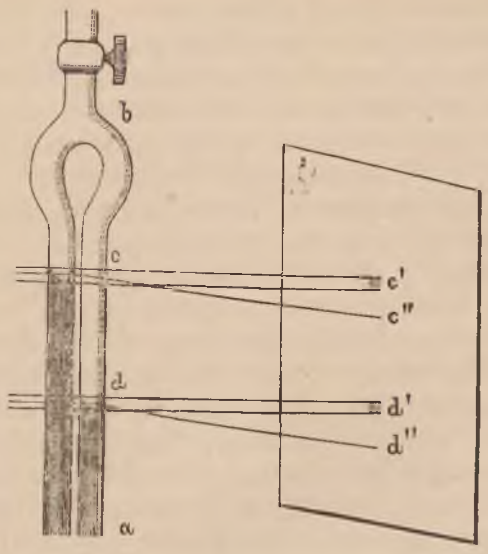
Takie jednak określanie jest niemożliwe z powodu bardzo szybkich zmian wartości h, co mnie zmusiło do szukania sposobu, za pomocą którego możnaby otrzymać automatycznie oznaczone wartości h w każdéj danéj chwili. Ponieważ jednak przy zwykłéj prędkości ruchu krwi w tętnicach, h wyrażamy zwykle przez słup wody, wynoszący ledwo 10—30 mm., użycie więc wszelkich wiadomych sposobów graficznych byłoby niemożliwêm, każdy z nich bowiem wymagałby siły o wiele znaczniejszéj.

Zastósowanie z powodzeniem fotografii do badań fizyjologicznych w innéj dziedzinie, jak to uczynił Marey, celem zbadania szybkich ruchów zwierzęcych, podało mi właśnie myśl zastósowania fotografii do określania tak zmiennéj wartości h. W tym celu umyśliłem skorzystać z następującego zjawiska: Jak wiadomo, płyn, maczający ścianki rurki wąskiéj tworzy powierzchnię wklęsłą, co przedstawia rysunek fig. 3 a i 3 b.

(Fig. 3 a).

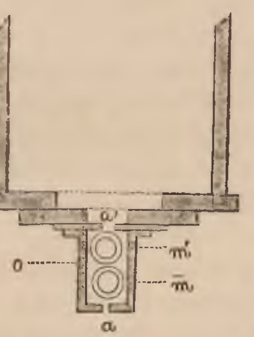


(Fig. 3 *b*).



W skutek tego promienie światła, przechodzące przez rurkę w kierunku prostopadłym do jéj osi, załamują się w kierunku płynu fig. 3 *a—cc* i fig. 3 *b—c''—d''*, tak, iż po za rurką otrzymujemy ciemne pasemko *a—d* i *c'—d'*, pozbawione promieni światła. Podobne pasemka otrzymują się również po za obiema rurkami manometru różniczkowego, fig. 3 *b*, przyczém odpowiadają one ściśle wysokości powierzchni płynu w każdéj rurce manometru. Dla dokładnego określania różnicy pomiędzy powierzchniami płynu w rurkach manometru zaopatrzyłem ten ostatni w specyjalną oprawę metaliczną, o szczelinie z dwóch stron przeciwległych, wynoszącéj $^1/_2$ mm. w poprzeczném cięciu; manometr z oprawą przedstawia rysunek fig. 4.

(Fig. 4).



W obec rzeczonego urządzenia manometru pomienione światła mogą przechodzić przez obie rurki tylko jednocześnie od *a* do *a'*; rozpatrując tedy szczelinę przed światłem, gdy manometr zawiera płyn, otrzymujemy jedno albo dwa pasemka, stósownie do tego, czy zwierciadła płynu w obu rurkach są w jednéj, czyli téż w dwu różnych płaszczyznach. Umieszczając po za oprawą szkło metalowe, otrzymujemy na niém również jedno albo dwa ciemne pasemka, przecinające liniję świetlną, odpowiednią szczelinie. (Dok. n.)

II. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiéj.

Przyczynek do etyjologii gruźlicy.

Podał Dr. Andrzej Obrzut,
1szy asystent tego zakładu.
(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

W kilku preparatach suchych zrobionych z mas serowatych gałki ocznéj królika, któremu do przedniéj komorki wprowadziłem kilka gruzełków prosówkowych, i z masy serowatéj wziętéj z guza w ścianie brzusznéj królika innego, znajduję znaczną ilość prątków z zarodnikami, w niektórych miejscach są one ułożone w pęczki i wiązki o równie lub różnie długich prątkach z zarodnikami, w innych zaś miejscach mam tylko konglomeraty ciałek okrągławych lub nieregularnych, śród których z wielką trudnością dają się wyśledzić szeregi kulek należących do pojedyńczych laseczników i tylko oddziaływanie ich na metodę Ehrlicha udowadnia w sposób niezbity, że to są także elementy laseczników. To zachowanie się laseczników mogło również łudzić Malasseza i Vignala i widzieli tam zoogleje, gdzie się znajdowały tylko masy laseczników z zarodnikami, bo jak to widoczna z moich preparatów, laseczniki Kocha dają się bardzo łatwo wykryć metodą Malasseza i Vignala, zwłaszcza jeśli jest ich znaczniejsza ilość.

Jeszcze jednę okoliczność zauważyłem śród barwienia preparatów według metody Malasseza, mianowicie, że mikroorganizmy gnilne: bakteryje, mikrokoki, diplokoki, barwią się nadzwyczaj intensywnie tą metodą. W preparatach z wrzodu gruźliczego języka z osoby lat 24 liczącéj, zmarłéj z gruźlicy organów wewnętrznych, znalazlem na brzegach wrzodu i w podstawie tegoż mikrokoki wnikające w tkankę języka gruźliczo naciekłą. obrazy te są prawie identyczne z niektóremi rycinami Malasseza i Vignala. W przypadku tym było także mnóstwo laseczników Kocha. Fig. 6, tabl. 4 w *Archives de physiologie*, Nr. 6 z r. 1884, mająca ilustrować zoogleje, czyni rzeczywiście wrażenie mikroorganizmów gnilnych. W preparacie moim, zrobionym z gruzełka zserowaciałego nerki, znajduję znów wielkie podobieństwo do ryciny fig. 8 wspomnianych archiwów. Są to jednak także tylko bakteryje gnilne i mikrokoki niemające żadnego związku z gruźlicą obok nielicznych laseczników Kocha.

W niektórych produktach gruźliczych mianowicie naciekach napotyka się niekiedy ogromne mnóstwo komórek zwanych przez Ehrlicha *Mastzellen*, uderzało mnie to, że jądra ich nie przypominając niekiedy ułożeniem swém kształtu komórek mogą imponować w sposób bardzo łudzący jako mikroorganizmy, a metodą Malasseza komórki te barwią się szczególnie pięknie, i najlepiéj z wszystkich elementów. Malassez i Vignal zastrzegają się wprawdzie przeciw zarzutowi Marchanda, jakoby t. zw. *Mastzellen* uważali za zoogleje, a jednak zdarzyć im się to mogło. Wreszcie i drobne ziarna barwiku, których zawsze poddostatkiem w produktach gruźliczych, przybierają niekiedy w preparatach metodą Vignala barwionych odcień niebieskawy, i jeżli przypadkowo ziarna te są dość równéj wielkości, to mogą na pierwszy rzut oka wydawać się mikrokokami.

Reasumując moje wyniki przychodzę do następujących wniosków:

1) Że *tuberculose zoogleique* Malasseza i Vignala nie istnieje, że nie masz żadnych innych mikroorganizmów prócz laseczników Kocha, mających związek przyczynowy z gruźlicą.

2) Że to co ci autorowie uważali za zoogleje, były to zupełnie inne twory, a mianowicie laseczniki Kocha z zarodnikami, organizmy gnilne, *Mastzellen* lub ziarna barwika.

Oprócz odpowiedzi na pytania na wstępie wymienione wytknąłem sobie za zadanie dowiedzieć się, jak téż długo zatrzymują laseczniki Kocha pierwotną barwę anilinową po zanurzeniu preparatów w rozcieńczonym kwasie azotowym i jak się téż zachowują wobec następowéj barwy kontrastującéj niealkalicznéj i alkalicznéj. Pod tym względem laseczniki

gruźlicze okazują tak odrębne własności od wszystkich innych mikroorganizmów, że choćby były kształtem najpodobniejsze do jakiegokolwiek innego gatunku mikroorganizmów, to przecież oddziaływanie ich na barwy anilinowe i kwasy czyni je czémś jedynie znaném w całéj mykopatologii. Na podstawie spostrzeżeń pod tym względem łatwo jest odeprzeć twierdzenie prof. Spiny w jego najnowszéj publikacyi i zarzuty czynione przez niego całéj nowéj nauce o gruźlicy. Jako zapowiedź większéj pracy nad gruźlicą pojawiła się w Nrze 4tym czasopisma czeskiego [1]) praca prof. Spiny. Jak wiadomo miał wynaleźć prof. Spina sposób nadania mikroorganizmom gnilnym własności prątków Kocha pod względem oddziaływania na barwy anilinowe. Spina przypuszcza w téj pracy tylko tę różnicę mikroorganizmów gnilnych od gruźliczych, że pierwsze wcześniéj się odbarwiają od ostatnich. Na téj to jednak okoliczności polega cała nowa nauka o gruźlicy. Szkoda tylko, że brak w têm przyznaniu prof. Spiny podniesienia i téj okoliczności, że to słowo jego „wcześniéj" ma znaczyć kilka do kilkunastu godzin, bo mikroorganizmy gnilne zabarwione barwami anilinowemi odbarwiają się w przeciągu kilkunastu sekund, podczas gdy laseczniki Kocha i po 10 godzinach leżenia w kwasie azotowym jeszcze całkiem dobrze są zabarwione; nie stanowi też ta okoliczność żadnéj analogii z jądrami tkanin, bo nigdy nie widzimy, aby dwa jednakie jądra obok siebie tak się zachowywały śród odbarwiania, żeby jedno zupełnie się odbarwiło a drugie było całkiem dobrze barwą nasycone.

Jak wspomniałem miał Spina wynaleźć sposób nadania prątkom gnilnym własności laseczników Kocha przez hodowanie ich w rozczynie garbnikowym [2]). Doświadczenie prof. Spiny powtórzyłem kilkakrotnie i pracowałem *omnibus paribus*, a nadto do innych hodowli zawierających mikroorganizmy gnilne dodawałem przepisanego rozczynu garbnika lub też do tego rozczynu wprowadzałem na drucie platynowym wyżarzonym płyny zawierające mikroorganizmy gnilne. Połowa szkiełka potarta płynem zawierającym mikroorganizmy gnilne, hodowane w garbniku, zachowała się wobec kwasu azotowego tak samo jak druga połowa potarta wodą mikroorganizmy gnilne zawierającą. W niektórych preparatach znalazłem po kilku sekundach odbarwiania laseczniki lub koki jeszcze niezupełnie odbarwione w połowie szkiełka pokrytéj mikroorganizmami z garbniku. Zanurzywszy jednak preparaty na więcéj sekund do 2 minut znalazłem, że wszystko się odbarwiło. Szkiełka zanurzane w barwie drugiéj niealkalicznéj, kontrastującéj z pierwszą (fuchsyn alkaliczny, rozczyn wodny metylu fijołkowego), okazywały mi, że mikroorganizmy w obu połowach szkiełka nasycały się tą drugą barwą. Tak zachowywały się nawet te preparaty, w których po odbarwieniu zostało jeszcze kilka mikroorganizmów pierwszą barwą lekko nasyconych.

Tak więc przypuściwszy nawet, że mikroorganizmy gnilne, hodowane w garbniku, dłużéj zatrzymują swą pierwszą alkaliczną barwę, to zawsze jestto różnica tylko sekund, bo laseczniki Kocha można zostawić i kilkanaście godzin w rozcieńczonym kwasie azotowym, a mimo tego po tym czasie są jeszcze całkiem dobrze zbarwione. Ogromna różnica dalsza nie mniéj ważna niż pierwsza zachodzi między lasecznikami Kocha a hodowanemi w garbniku, a mianowicie zachowanie się ich wobec drugiéj barwy (kontrastującéj), barwią się nią laseczniki gnilne już po kilku minutach, podczas gdy laseczniki Kocha można zostawić w téj barwie i 24 godzin, a żaden lasecznik nie okaże nawet cienia téj barwy, jeżli nie była alkaliczną. Jeżli druga barwa była alkaliczną, to miesza się ona tylko z pierwotną, po 24 godzinach jeszcze widać odcień pierwotnéj barwy.

Nie wynika zatém z doświadczeń prof. Spiny, aby obojętne mikroorganizmy, hodowane w pewném medium, nabrały wobec kwasów własności laseczników gruźliczych, ze wszystkiego zaś co dotychczas o lasecznikach Kocha wiemy, wynika w sposób niezbity, że takowe zachowują się specyficznie wobec barw i kwasów. Nauka zatém Kocha o tuberkulozie pozostaje niewzruszoną. Koch znalazł w tkance liszaja żrącego (*lupus*) laseczniki zupełnie takie same jak w tworach gruźlicy, tém jednak nie podkopał swéj nauki, ale przeciwnie jeszcze ją utwierdził, dowiódł bowiem, że liszaj żrący nie jest niczém inném jak tylko gruźlicą umiejscowioną w skórze lub na błonach śluzowych. Nie sąto sprawy chorobowe tak bardzo różne, jak się to wydaje prof. Spinie, przeciwnie od czasu spostrzeżeń Kocha, kiedy uwaga na ten przedmiot więcéj jest skierowaną, różnice te, tak niby wielkie między gruźlicą a liszajem żrącym, jedna po drugiéj znikają. Przypadek zaś Doutreleponta [1]), świeżo ogłoszony, przekonywa w sposób niezbity o tożsamości gruźlicy i liszaja żrącego. Liszaj, jakkolwiek niby tak różny na pierwszy rzut oka, nie jest przecież niczém inném, jak gruźlicą miejscową skóry, zupełnie tém samém co gruźlica umiejscowiona w innych narządach. W krótkości podaję ten tak ważny przypadek Doutreleponta. Dziewczyna 18-letnia cierpiała na liszaj żrący twarzy, narządy wewnętrzne były z początku bez zmiany. W wyłuszczonych częściach skóry zajętéj liszajem znaleziono nieliczne laseczniki gruźlicze. Chorą pozornie wyleczono. Z czasem jednak (po upływie kilku miesięcy) wystąpiły bóle w piersiach, a kilka dni trwała i biegunka. Nagle dostała chora gwałtownych bólów głowy, gorączki i wymiotów. Krew z zdrowych miejsc skóry badana według metody Ehrlicha wykazała w 10 preparatach trzy laseczniki. Sekcyja wykazała: Gruźlicze zapalenie opon mózgowych z licznemi gruzełkami, świeże złogi gruźlicze w dolnych płatach płuc i kilka nieforemnych wrzodów gruźliczych w jelicie, laseczniki w krwi z żył szyjnych i z serca. Zakażenie nastąpiło w tym przypadku ze skóry zajętéj liszajem żrącym czyli gruźlicą.

Skeptycy i temu przypadkowi zarzucą niejedno, ale nauka o gruźlicy znajduje się już dzisiaj w tym okresie, że przeciwnicy jéj natury zakaźnéj zarzutami swemi tylko jeszcze lepiéj ją uzasadniają.

III. Dżuma w Iraku arabistańskim w r. 1884.

podał Dr. **W. Jabłonowski** w Bagdadzie.

Kiedy po morderczéj epidemii dżumy w Iraku arabistańskim członkowie komisyi sanitarnéj, opuszczając miejscowości zwane „Szamich i Dahara", w roku 1881 życzyli sobie spotkania się ale na innéj scenie działania— nie spodziewaliśmy się, ażeby po dwóch zaledwie latach trwania dobrego stosunkowo stanu zdrowotnego w prowincyi straszna plaga

[1]) Pliseu a barviva anilinová, prof. A. Spina. Časopis lekařův českých Nr. 4, 1885.

[2]) Silny rozczyn garbnika 1:6 wody przekroplonéj miesza się z destylowaną wodą, mianowicie na 3 obj. wody 1 obj. tego rozczynu i w têm hoduje się przez 72 godzin mikroorganizmy gnilne.

[1]) II Fall von Meningitis tuberculosa nach Lupus; Tuberkelbacillen im Blute. Deutsche med. Wochenschr., 1885, Nr. 7.

Wschodu znowu się tu ukazała! Ponowny jéj wybuch został urzędownie i fachowo potwierdzony, z tém tylko wyszczególnieniem, że zaraza przerzuciła się w inną okolicę wielkorządztwa Bagdadu, z nad wybrzeży Eufratu do okręgu położonego między granicą turecko-perską i lewym brzegiem Tygru. Dla znających miejscowe higijeniczne warunki byłto tylko fakt potwierdzający przypuszczenie prawdopodobnego zawsze ukazania się zarazy po upływie krótkiego zwykle okresu czasu, pozostawionego niejako na wytchnięcie po doznanéj klęsce. Inaczéj jednak zapatrywali się na tę kwestyję tak rządzący jak i fachowo interesowani. Dla pierwszych, pozostających w oddali, epidemija dżumy wydawała się niepodobieństwem, drobnostką. Drudzy zaś nie mogli się pogodzić z faktem tak prędkiego ponownego jéj ukazania się.

W chwili więc gdy w nadbosforskiéj stolicy gruchnęła złowroga wieść, że w okolicach Bagdadu poczęła grasować dżuma, pod sklepieniami pałacyku przy ulicy „de la Quarantaine" (siedlisko zarządu Rady zdrowia) panowała niezwykła cisza. Długotrwała i dotkliwa choroba przykuła do łóżka głównego członka zarządu, Dra Bartolettego. W skutek braku energicznego i dzielnego szefa zwolniały ogniwa machiny administracyjnéj, a niektóre ze zwykłych jéj kółek poruszały się wprawdzie, lecz rutynowanym tylko porządkiem. Świeżo zaś sankcyjonowana ustawa emerytalna zdała się pochłaniać całą uwagę i czas téj na przywilejach opartéj władzy, i do pewnego stopnia odwróciła baczność od zwykłego trybu czynności sanitarnych, zwracając ją prawie wyłącznie ku kwestyi zapewnienia losu wysłużonym urzędnikom.

Wieść sama przez się przygnębiająca stronę moralną znalazła większy oddźwięk w organach prasy miejscowéj. Dżuma w Iraku arabistańskim często zaprzeczona lub przedstawiana jako inny, daleko łagodniejszy stan chorobowy, stała się dla sprawozdawców codziennych obfitym tematem do podawania nowin, często niezgodnych z prawdą i istotnym stanem rzeczy. Za krótkiemi biuletynami czasopism pozostających w bliższych stosunkach z członkami Rady międzynarodowéj ukazały się wkrótce i obszerniejsze prace ludzi jeżeli nie fachowych, to przynajmniéj dokładnie poinformowanych o fakcie ponownego wybuchu dżumy na obszarze tureckim. I jedynie dzięki pracom tych ostatnich opinija publiczna do pewnego stopnia została zaspokojoną śmiało rzuconém zdaniem, że: jakkolwiek zaraza istnieje i rozwija się, to jednak stan jéj jest dogorywającym. „La peste d'Orient existe mais elle s'en meurt" powtórzyła prasa francuska i to było dostateczném do zdecydowania delegatów sanitarnych mocarstw obcych do energicznego postawienia żądania, ażeby pospieszono ze strony kompetentnéj rozpoznanie i wyjaśnienie ważnéj téj dla międzynarodowych stosunków kwestyi. Za szeregiem depesz wysłanych z Bagdadu przez Dra Lubicza nadszedł wreszcie i szczegółowy raport Dra Saada, informujący o samym charakterze choroby i rozwoju zarazy w miasteczku Bedré. Z raportu można było przypuszczać, a nawet spodziewać się, że zaraza zostanie na czasie ograniczoną, jeżeli już nie stłumioną. Odtąd więc wątpliwość co do istoty stanu chorobowego była już niemożebną. I Radzie zdrowia nie pozostawało jak tylko wydać rozporządzenia do energicznego przeciw niéj działania. Dobrze jest, ażeby wiedziano w Europie, że międzynarodowa Rada zdrowia najprzód, a za nią administracyja sanitarna w Stambule, czuwają wytrwale nad każdą z chorób zakaźnych Wschodu, i że praktyczne postępowania obu dążą stale do zwalczania oporu, jaki tu spotyka się w zastósowaniu wskazanych okolicznościami środków. Więc też i teraz starano się zużytkować każdy możebny środek i dzięki téjto energii administracyjnéj i moje dwuletnie starania w celu znalezienia możności do przeprowadzenia wyczerpujących studyjów nad epidemijologiją Turcyi azyjatyckiéj zostały uwzględnione. Powołany do wzięcia udziału w specyjalnéj misyi sanitarnéj, którą Rada międzynarodowa postanowiła wysłać do Iraku, od razu znalazłem to, czego szukałem, mianowicie przez zetknięcie się z dżumą rozpocząć mogłem moje studyja. Wypadało więc tylko zrobić krok pospieszny i to skok nie lada, aby z nad wybrzeży uroczego Bosforu przerzucić się do okolic uświęconych tradycyją biblijną, do dzisiejszego Iraku arabistańskiego, tchnącego ciężką atmosferą swych lasów palmy daktylowéj, wyziewami bagien i upałami pustyni. Znaczną tę przestrzeń odbyłem z pośpiechem, przeniosłszy się natychmiast do miejsc dotkniętych zarazą.

Czytelnikom „Przeglądu Lekarskiego" znany już jest opis epidemii dżumy w Iraku z roku 1881go, który w swym czasie podałem. Wtedy jednak znajdując się w dali od punktów zakażonych zakomunikowałem tylko część szczegółów zaczerpniętych z dat urzędowych. Dziś sytuacyja sprawozdawcy jest korzystniejszą. Przez zetknięcie się z zarazą mogłem teraz dokładniéj przypatrzeć się jéj powstaniu i rozwojowi, wystudyjować sposoby jéj szerzenia się, uchwycić cośkolwiek z dat dotyczących natury choroby, aby wreszcie krótkim rzutem oka na przyszłość zarazy zamknąć obecne sprawozdanie. Pracę moją oparłem przeważnie na osobiście przeprowadzonych studyjach. Wzmocniłem ją jednak zapatrywaniem się kolegów tu spotkanych i otynkowaną najnowszemi zdobyczami nauki, teraz dopiero oddaję ją pod sąd względnych czytelników. Przedtém jednak, nim się zapoznamy z właściwym opisem zarazy, poprzedzę ją pobieżną wzmianką topograficzną o saméj miejscowości, właściwym teatrze jéj rozwoju i szerzenia się.

Irak arabistański jest częścią południowo-wschodnią starożytnéj Mezopotamii. Zamknięty między dwiema rzekami Eufratem i Tygrem i zaznaczony od północy pasmem wzgórz zwanych „Dzebel-Hamryi", rozciąga się między 32° i 34° Sz. 42° 44° Dł., opierając się od wschodu o olbrzymie skalne łańcuchy wzgórz, przedzielających go od perskiego Kurdystanu. Topograficznie przestrzeń ta może być uważaną za olbrzymią kotlinę, uformowaną stopniowém obniżaniem się miejscowości, począwszy od starożytnéj Niniwy nad Tygrem i od miasteczka El-Deir nad Eufratem, aż do linii zaznaczającéj początek bagien w okolicach Bassory. Starożytna rzeka Chabur, pamiętna z dziejów perskich Dyala, daléj niezliczona ilość kanałów przerzynają tę kotlinę, tworząc tyleż zbiorników wód, z powodu równéj piaszczystéj i niestałéj powierzchni, łatwo występujących ze swych łożysk. Głównie zaś podlegają temu dwie największe tu hidrograficzne wstęgi, co też i bywa przyczyną, że całe ich obszerne porzecze nie będąc pustynią we właściwém tego słowa znaczeniu jest przeciwnie przestrzenią z przeważnie wysokim stopniem wilgoci, powstającéj i podtrzymywanéj przez corocznie powiększane warstwy mułu, pozostającego po bardzo częstych tu powodziach. I podczas gdy okoliczność ta jest niezbędną dla hodowli palmy daktylowéj, pod względem zdrowotnym ta ciągle trwająca wilgoć, sucha lub chłodna stósownie do pór roku, jest główną i stałą przyczyną pewnych nagminnie tu panujących chorób. Właściwych jednak bagien nie spotykamy w téj części Iraku. Niemniéj jednak ten tu muł, przy-

noszony z najrozmaitszych okolic, jakiemi przepływają rzeki, zawiera w sobie pierwiastki tak organiczne jak i rozliczne w stanie rozkładu, i im to właśnie każdy z higijenistów przypisuje szkodliwy wpływ, jaki wywierają na miejscowy klimat. Ztąd też dla naszéj miejscowości byłoby nieporównanie korzystniéj posiadać bagna, które dałyby się prędzéj ograniczyć, a nawet może i osuszyć, podczas gdy nikomu tu nie przyjdzie na myśl niemożebne wreszcie ustalenie wybrzeży rzek, corocznie występujących ze swych łożysk. Stopień wilgoci bywa tu jeszcze podtrzymywany sztucznèm za pomocą kanałów przeprowadzanèm nawodnianiem miejscowości, przeznaczonych pod uprawę ryżu. Słowem nie spotykamy tu ani jednéj okolicy, któraby pod względem higijenicznym mogła być uważaną za punkt posiadający znośne warunki klimatyczne. Można wprawdzie czas jakiś zachwycać się postacią palmy daktylowéj, poczekać nawet na porę dojrzewania smacznego jéj owocu, ale oswoić się i pogodzić z warunkami klimatu, to rzecz niepodobna.

Sama zaś miejscowość, która ucierpiała w ostatniéj epidemii dżumy, jestto trójkąt, w którego północnym kącie leżą miasteczka Kazawich i Mendeli; kąty południowe zaznaczają mieściny Dżesan i Bedré, a w pobliżu téj ostatniéj i nieco na północno-wschód znajdujemy Zorbatye, położoną najbliżéj granicy turecko - perskiéj. Cały zaś okręg leży u podnóża pasm górskich dzikich i jest zroszony małemi zbiornikami wód, noszącemi nazwy „Tursuk", „Zorbatye - Sou", „Govi" lub „Bedrai", zaznaczonéj także i na najnowszéj mapie Kieperta. Do tegoto trójkąta, który posłużył też za liniję straży sanitarnych, można się dostać dwiema drogami: od północy przez Hanckin i Mendeli, i od zachodu od Kuth - el Amara lub Bel-ed-Ruz. Obie drogi zarówno są praktykowane. Przestrzeń między Bagdadem i ogniskiem zarazy Bedré przebywa się w zwykłych czasach jużto konno w 30-tu godzinach (180 kilomt.) lub też parostatkiem do Kuth-el-Amara, zkąd do Dżesanu godzin 12 i do Bedré godzin 4 wypada odbyć konno. W czasie ostatniéj jednak epidemii dżumy, poprzedzający ją nadzwyczajny wylew wód Tygru i jego dopływów tak wielki, że podobnego nikt tu nie pamięta, stworzył z całéj okolicy prawdziwą wyspę, tak że kuryjerzy wysyłani z Bagdadu do Bedré nie byli w stanie przebyć téj przestrzeni prędzéj niż w ciągu dni ośmiu! Ta trudność komunikacyi, będąc bardzo niedogodną dla wysyłających i czekających na odpowiedź, kto wie czy nie była korzystną i nie stanęła na przeszkodzie dalszemu rozwlekaniu się zarazy. W tym więc razie wylewy i znaczne powodzie w ogóle uważane za jednę z przyczyn złego byłyby środkiem ochronnym.

Przybywszy do Iraku nie podobna było zwlekać z zachowaniem najenergiczniejszych środków ochronnych. Lecz siły i zasoby fachowe, jakiemi rozporządzał urząd sanitarny w wielkorządztwie bagdadzkiém były bardzo niedostateczne. Na całéj obszernéj przestrzeni znalazłem tylko trzech lekarzy. Jeden z nich pozostawał w Hanckin głównie w celu dozorowania przybywających z Persyi pielgrzymów. Drugi w Bassorah, jako w jedynym tu i dość uczęszczanym porcie, miał za zadanie czuwać nad okrętami przybywającemi z Indyj. Wreszcie jeden lekarz w Hylleh, bawiący tam od czasu przedostatniéj epidemii, miał za zadanie czuwać nad stósowaniem przepisów higijenicznych, tak w dwóch głównych punktach zbornych dla pielgrzymów Mahometan Szcitów w Kerbeli i Nedżefie, jak również w całéj okolicy. Na całéj zaś przestrzeni wzdłuż pogranicza turecko perskiego i w większych nadbrzeżnych osadach nad Tygrem czuwanie nad zdrowiem publiczném było powierzone tak zwanym „Memurom", prostym posługaczom sanitarnym, nieposiadającym żadnych kwalifikacyj fachowych. Co gorsza, inspektor sanitarny prowincyi Bagdadu, Dr. Zitterer, od roku bawił na urlopie w Stambule, a zastępował go Dr. Lubicz, powołany w tym celu z Hylleh. Gdy zaś z chwilą urzędowego potwierdzenia istnienia dżumy w Bedré Dr. Lubicz został mianowany inspektorem łańcucha sanitarnego, i dla jego zainstalowania musiał się przenieść do okolic dotkniętych zarazą, wtedyto na krzesło prezydyjalne inspektoratu powołano Dra Pardalakisa, dotąd lekarza sanitarnego w Bassorah. Wybór naszego ziomka (ucznia i towarzysza prof. Nussbauma w czasie wojny francusko - pruskiéj) na kierującego łańcuchem sanitarnym był bardzo szczęśliwie obmyślanym, choć z drugiéj strony ogólna służba na tém ucierpiała. Brak więc lekarzy w chwili wymagającéj najenergiczniejszego działania był powodem, że musiano zażądać pomocy ze strony komendy wojskowéj w Bagdadzie. I wtedyto, wyrażając się językiem urzędowym, zarekwirowano dwóch lekarzy, oddzielonych od centralnego szpitala. Jeden z nich Dr. Ruck został instalowany w Dżesanie; drugi Faik-Effendi w Mendeli. Z lekarzy zaś sanitarnych Dr. Saad, powołany już poprzednio z Hanekin, zajął stanowisko obserwacyjne w Zorbatyi, i ztąd czuwał nad stanem zdrowotnym całéj okolicy, któréj otoczenie łańcuchem sanitarnym zostało powierzone Drowi Lubiczowi. Tak zorganizowani mogliśmy się zająć właściwą czynnością studyjowania tutejszéj epidemii w najdrobniejszych jéj szczegółach. (C. d. n.)

IV. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Skreślił Prof. Dr. Blumenstok.

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

Po otrzymaniu téj opinii Sąd w odezwie ponownéj prosił Wydziału o oznajmienie:

1) okoliczności, co do których celem usunięcia niektórych wątpliwości pp. obducenci mają być przesłuchani, —

2) w jakim kierunku oskarżoną samą co do wyrwania pępowiny i odejścia łożyska badać i o co ją pytać należy,

3) czy pierwéj oskarżoną a potém pp. obducentów przesłuchać należy, lub odwrotnie.

Na pytania te odpowiedział Wydział:

na 1sze: Jak już p. przewodniczący przy rozprawie zauważył, w orzeczeniu pp. obducentów nie ma podanéj przyczyny śmierci dziecięcia; wypada więc zapytać się ich w tym kierunku. Następnie pożądaném jest wyjaśnienie ustępu protokółu sekcyjnego co do wynaczynienia w okolicy nadpachwinowéj prawéj, a w szczególności, czy obok nadżarcia skóry znaleziono podbiegnięcie krwi w powłokach zewnętrznych lub nie.

na 2gie: Oskarżonéj wcale nie badano; należy zatém

a) zbadać ją celem sprawdzenia, czy rodziła,

b) w szczególności zbadać rozmiary miednicy, oraz

c) długość ciała, a względnie odległość części płciowych od stóp;

d) zapytać się, kiedy łożysko odeszło, i

e) czy pępowina sama się urwała lub czy oskarżona ją przedarła.

na 3ie: Byłoby odpowiedniém, aby naprzód zbadano i przesłuchano oskarżoną a następnie pp. obducentów.

Sąd zastosował się do tych wskazówek i przesłał Wydziałowi następujący wynik:

Maryjanna T. przesłuchana podaje, że poród był lekki i w kilka chwil po odejściu dziecka odeszło i łożysko, — czy zaś pępowina urwała się sama lub czy ona ją przedarła, tego już sobie nie przypomina.

Badanie uskutecznione przez tych samych lekarzy, którzy sekcyję jéj dziecka odbyli, wykazało: Badana liczy lat 18, jest wzrostu niskiego, dobrze zbudowana i odżywiona, sutki flakowate bez podściółki tłuszczowéj, przewody mleczne dosyć rozwinięte, brodawki wystające, obwódki ich ciemno-brunatne, przy ucisku żadna ciecz nie wydobywa się. Powłoki w podpępczu nieco wyniosłe, nie pomarszczone, linija biała ciemno-cisawa. Wargi sromne lekko rozwarte, błony dziewiczéj tylko ślady, ujście maciczne zamknięte, przy bliższém badaniu znajduje się stwardniałość bliznowata. Obwód miednicy zewnętrzny wynosi 80cm. Odległość części płciowych od stóp wynosi 63cm., długość od głowy do stóp 107cm. (?)

Przesłuchani sami pp. obducenci podali, że wynaczynienie w okolicy nadpachwinowéj prawéj, w protokole sekcyjnym opisane, znajdowało się tylko po stronie wewnętrznéj powłoki brzusznéj i schodziło ku miednicy małéj. Po stronie zewnętrznéj nie znaleziono żadnych śladów krwi. Co do przyczyny śmierci dziecka nie mogą z pewnością orzec, lecz najprawdopodobniéj dziecko umarło ze zmarznięcia.

Wobec tego wyjaśnienia niedostatecznego nie pozostało Wydziałowi nic innego, jak oświadczyć Sądowi na jego ponowne zapytanie: „iż Wydział obstaje przy swojém pierwszém orzeczeniu".

Dalszych kolei téj sprawy nie znamy, a nie dziwilibyśmy się wcale, gdyby zakończyła się uwolnieniem obwinionéj; w obec bowiem tak licznych wątpliwości sędziowie przysięgli nie lubią obciążać swego sumienia. Ale też w sprawie téj grzeszono *intra et extra.* Według procedury karnéj (§ 126) należało powtórnie przesłuchać pierwszych znawców, celem usunięcia wątpliwości, a przedewszystkiém należało żądać od nich orzeczenia o najbliższéj przyczynie śmierci (§ 129); następnie wypadało polecić zbadanie obwinionéj, celem sprawdzenia, czy istotnie rodziła, albowiem kryminalistyka zna przypadki samooskarżenia się osób, które zbrodni nie popełniły, a ponieważ Maryjanna T. obwinioną była o zbrodnię, sądzić się mającą przez trybunał przysięgłych, więc przezorność ta tém bardziéj była wskazaną. Lekarze zaś sądowi zbłądzili w wielu kierunkach. Przedewszystkiém postąpili wbrew wyraźnemu zakazowi, aby nie odtajać zwłok zmarzniętych za pomocą wody ciepléj. Jestto zapewne rzeczą wygodniejszą i prędzéj do celu prowadzącą, jeżeli się zwłoki, zwłaszcza dziecięce, umieszcza w wodzie ciepłéj i w niéj wykąpie, podczas gdy odtajanie na sucho w miejscu ogrzaném, jak to wyraźnie jest przepisaném, wymaga więcéj czasu i cierpliwości. Ale też skutkiem takiego wykąpania może dostać się płyn do dróg oddechowych i pokarmowych i zbałamucić sąd obducenta. W danym przypadku atoli pp. obducenci nie poprzestali na prostéj łaźni gorącéj, lecz następnie ciało obtarli jeszcze ścierką czy szczotką; że skutkiem takiéj manipulacyi można na trupie wywołać otarcia sztuczne, jest rzeczą wiadomą, a sami pp. obducenci nie wiedzieli późniéj, które otarcia istniały na ciele, a które sami wywołali, jak to w orzeczeniu naiwnie przyznali. Powtóre pomimo obszernego opisu pominęli w protokole okoliczności ważne, i dla tego nie mieli prawa twierdzenia, że dziecko było całkiem donoszone, skoro długość ciała jego wynosiła tylko 48cm., a jąder kostnych w kości udowéj lub skokowéj wcale nie badali. Daléj niewłaściwie w protokole mówią o ranie skórnéj, plamach czerwonych, o nadżarciu, odgryzieniu, uszkodzeniu, wynaczynieniach, nie opisawszy tych zmian, tak że lekarz czytający protokół musi im poprostu wierzyć na słowo, że widzieli plamę pośmiertną, wynaczynienia itd., ale téż wolno i nie uwierzyć. Płuca bardzo niedokładnie zostały opisane, a zapomniano, że próba płucna jest tylko próbą kontrolującą, obliczoną więcéj na przekonanie sędziego, ale że wyprzedzić ją musi ścisłe badanie anatomiczne. — W orzeczeniu zbłądzili znów zasadniczo, że wdali się od razu w rozbiór kliniczny objawów i na nim poprzestali. Zastrzegamy się z góry przeciw możebnemu zarzutowi, jakobyśmy byli przeciwni klinicznemu przedstawieniu rzeczy w sprawach sądowolekarskich. Ale pierwszém zadaniem znawcy wedle procedury karnéj jest podanie najbliższéj przyczyny śmierci; ustawa więc przepisuje dedukcyjne traktowanie kwestyi, i na podaniu przyczyny śmierci albo poprzestaje, jak np. w Niemczech, gdzie wyjątkowo tylko żądają uzasadnienia zdania, albo téż, jak u nas, wymaga każdym prawie razem wyczerpującego wyjaśnienia okoliczności, które przyczynę śmierci sprowadziły. Ale mimo to wszystko nic nie stoi na przeszkodzie indukcyjnemu przedstawieniu rzeczy, a może byłoby nawet rzeczą odpowiedniejszą, aby znawca na podstawie klinicznego rozbioru objawów doszedł do ostatecznego wniosku, jaka była przyczyna śmierci. Ale rozbiór objawów nie uwalnia wcale od tego wniosku, to jest od podania przyczyny śmierci. Ztąd bardzo słusznie trybunał przysięgłych uznał orzeczenie za niedostateczne, a było ono nadto niejasném z powodu nadużycia słów, które miały zastąpić ciągłe wahanie się znawców w wypowiedzeniu zdania swego.

Na samym wstępie orzeczenia oświadczają pp. znawcy, nietylko że płód był zupełnie donoszony, nie mając do tego dostatecznéj podstawy, ale nadto że był zdolny do samodzielnego życia, choć się ich nikt o to nie pytał. Od czasu ogłoszenia nowéj procedury karnéj, to jest od lat 12, nieprzestajemy nawoływać, że prawodawca uwolnił nareszcie lekarzy sądowych od kłopotu, w którym się znajdowali, ile razy Sąd zapytywał się w przypadkach dzieciobójstwa, czy dziecko było zdolném do życia pozamacicznego. Nawoływania nasze w tym kierunku (p. przypadk Vty) pozostają bezskutecznemi, silniejszém bowiem okazuje się nawyknienie do błędów zastarzałych, aniżeli skłonność do zapoznania się z przedmiotem, narażającym na tak wielką odpowiedzialność.

V. Oceny i sprawozdania.

Babes: Badania nad prątkami przecinkowemi Kocha.

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

Jeżeli się prątki hodowane na agar-agar przenosi od czasu do czasu na kroplę bulijonu, wiszącą na szkle przykrywkowém a zawierającą także i rozcieńczony rozczyn metylu fijołkowego, można bardzo wygodnie badać pojedyńcze okresy rozwoju prątków.

Już po 10 godzinach zawiera ten środek odżywczy krótkie prątki, bo tylko 0·7 długości mające, mimo tego kształt ich jest już charakterystyczny; bo jedna strona jest

nieco wklęsła, a więc całość przedstawia się podobną do bobu. Wśród dalszego rozwoju następuje wydłużenie. Substancyja barwiąca jest jeszcze w treści prątków bardzo ruchomą i gromadzi się w większéj ilości raz na końcach, drugi raz we środku. Jeżeli prątki doszły już do zwykłéj długości, to barwik gromadzi się stale w środku prątka i sprawia, że prątek staje się we środku grubszym a pośród owego zgrubienia uwydatnia się coraz więcéj jasne pasmo, które odpowiada miejscu późniejszego podziału.

Jeżeli prątek był przed podziałem na końcach ostro zakończonym, to powstają 2 prątki przecinkowe, których grubsze końce są ku sobie zwrócone. Jeszcze zanim przyjdzie do podziału, prątek przybiera kształt litery S lub raczéj linii spiralnéj a podczas wężowatego ruchu zmienia się ciągle jego grubość i długość, przyczém można bardzo często widzieć ruch okrężny cieczy na obu końcach prątka. Obserwując dokładniéj prątki dzielące się, widzimy najprzód ścieńczenie środkowéj części prątka; późniéj obie połowy połączone są za pomocą linii bezbarwnéj o podwójnych konturach, która często bardzo długo się utrzymuje czasem nawet wtedy jeszcze, kiedy obie połowy zaczynają się dzielić, tak że można widzieć jakby łańcuszki, złożone z prątków luźnie z sobą połączonych. Ruchy tych łańcuszków podobne są do ruchu komórek nasiennych i odbywają się zwykle w jednym kierunku. Niekiedy prątki nie dzielą ale się natomiast wydłużają i wtedy albo widzimy miejsca ciemniejsze tam, gdzie miał nastąpić podział lub też cała postać takiego wydłużonego prątka jest zupełnie jednostajną.

Bardzo znaczny wpływ wywiera na kształt i wielkość prątków właściwość cieczy odżywczéj, tak np. prątki hodowane w surowicy krwi są tylko bardzo mało zakrzywione, trochę cieńsze aniżeli w gelatynie. Jeżeli gelatyna zawiera 5% wyskoku, wtedy prątki rozwijają się powoli, bo dopiero w 8 dniach okazują tylko przy wielkiém powiększeniu zaledwie nieznaczne ślady podziału. Innych kształtów, którym możnaby przypisać znaczenie zarodków, nigdy autor nie zauważył.

Co się tyczy znaczenia tych rozmaitych kształtów, to jak dotąd można w ogóle powiedzieć, że prędkiemu rozwojowi odpowiadają prątki krótkie i odosobnione, im zaś rozwój jest powolniejszy, i im mniéj korzystną jest gleba, tém częściéj znajdują się kształty wydłużone, łańcuszki i długie nitki. Te ostatnie powstają prawdopodobnie przez to, że wypustki nitkowate, któreby mogły stanowić zawiązek przyszłych prątków, nie posiadają dostatecznéj żywotności; dla tego nie są w stanie oddzielić się od macierzystéj komórki a ruch ich jest bardzo powolny. Z tego jednak wcale nie wynika, żeby te nitki w korzystnych warunkach nie mogły przejść w stan żywotniejszy.

W celu otrzymania trwałych preparatów używał B. miernie zgęszczonego rozczynu wodnego barwika metylu fijołkowego, w którym potrzymawszy preparat przez 5 minut suszył, wymywał i powtórnie suszył a następnie zaklejał balsamem. Co się tyczy stosunku prątków do otaczających tkanin i w ogóle zmian anatomicznych, jakie w tego rodzaju przypadkach napotykamy, to B. podaje następujące szczegóły: przybłonek jelit bywa oddzielony, choć komórki nie są zmienione a zmiana dotyczy przedewszystkiém powierzchownéj warstwy błony śluzowéj, któréj zarówno komórki jak podścielisko ulega napęcznieniu, komórki stają się jednostajne i barwią się bardzo słabo a znajdujące się w tkance łącznéj charakterystyczne twory komórkowe zwane przez Ehrlicha *„Mastzellen“* uwydatniają się przez to o wiele wyraźniéj. Im sprawa trwa dłużéj, tém bardziéj przeważa naciek drobnokomórkowy. Prątki same leżą zupełnie powierzchownie lub pod napęczniałym przybłonkiem gruczołów; a prątki śród saméj błony śluzowéj znajdujące się są nieregularnie porozrzucane. Dopiero późniéj, kiedy sprawa przybiera charakter sprawy dysenterycznéj, drążą prątki w głąb błony śluzowéj, tworząc tam następnie zbite grupy; w tym razie są one zarazem większe i mają nieco podobieństwa do prątków durzycowych. W rzadkich przypadkach widać także grupy mikrokoków w obumarłéj błonie śluzowéj. W innych narządach nie znaleziono dotąd, mimo skrzętnego poszukiwania, ani śladu prątków, choć zmiany miąższowe w narządach gruczołowych występują prawie stale.

Ażeby się przekonać, czy rzeczywiście nie ma prątków we krwi i narządach wewnętrznych osób cholerycznych, podjął B. szereg doświadczeń i wkładając cząstki tych narządów lub krew do gelatyny spostrzegł tylko raz wyraźne rozpłynięcie się téjże i odpowiednio do tego udało mu się wykazać, że prątki rozwinęły się; w innych razach (B. powtórzył te doświadczenia 12 razy, a użył do nich materyjału z 4 przypadków), hodowla dała wynik ujemy. Zdaje się, że i w tym jednym przypadku wynik dodatni trzeba przypisać jakiejś niedokładności w postępowaniu: mogły np. prątki gnilne dostać się przez bardzo zmienione jelito do krwi.

Jak się okazuje z powyższego zestawienia, wyniki, jakie otrzymał B., zgadzają się z zapatrywaniami Kocha, Emmergema, Rietscha a wreszcie Nikatiego co do związku przyczynowego między prątkami przecinkowemi a cholerą. Najważniejszą zaś zasługą autora jest, że zbadał zachowanie się i kształt prątków różne w różnych cieczach odżywczych, podczas gdy wszystko prawie, co Koch dotąd o prątkach przecinkowych wypowiedział, odnosiło się do prątków hodowanych w gelatynie i dla tego nie obeszło się bez pewnych sprzeczności.

W wysokim stopniu zasługuje wreszcie na uwagę spostrzeżenie zrobione przez B., że podczas gdy w wodzie destylowanéj prątki przecinkowe bardzo krótki czas zachowują swoją żywotność, w wodzie rzecznéj żyją 7 dni i dłużéj. (*Virchows Archiv* B. 99, I Th. 1885). *Dr. Otto.*

VI. Maciej Józef Brodowicz.

Rys bijograficzno-historyczny.
Skreślił
Prof. Dr. Józef Oettinger.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

Okres III. Wypoczynek i obrachunek 1850—1885.

Jak w długi dzień letni po krótkiéj z piorunami burzy wynurza się na czystym lazurze złocisty krąg skłaniającego się ku zachodowi słońca, tak nad srebrzystą głową Brodowicza roztaczać się zaczął pełen miłego uroku pogodny życia wieczór. Nadeszła chwila nietylko wytchnienia, ale strzepania prochu znojnéj pielgrzymki, oczyszczenia się z kurzawy walki i zrzucenia krępującego munduru urzędowego. Ze zmęczonego aktora stał się on spokojnym obserwatorem. Owiany ożywczemi prądami pokrzepił się, ba odrodził i znacznie zmienił, że nie powiem, odmłodniał. Jeśli uczniem zniemczał, późniéj skrakowiał, to teraz dopiero spolszczał. Jakkolwiek sam odtąd zwał się ces. król. uprzywilejowanym

próżniakiem, to przecie umysł jego sprężysty i do pracy nawykły, nie spoczywał bezczynnie, lecz oddawał się z całą swobodą rozpatrywaniu swéj przeszłości, sumiennemu ze sobą obrachunkowi, szczerym rekolekcyjom, uporządkowaniu pism i dowodów urzędowych i prywatnych, wreszcie uzupełnianiu swych poglądów ogólnych i naukowych. Po drodze uszczknął jeszcze ze swego ścierniska dwie wiązki „Kwiatków Polnych“ i tak się ze wszystkiém rozporządził, iż mógł czekać ze spokojem ostatniego, jak mawiał, dzwonienia i pożegnać wreszcie ten świat, przejednany z nim zupełnie, z Bogiem i miłością w sercu.

Z cichego ustronia, do którego się zdala od wirów burzliwego życia schronił, dwa razy go jeszcze na chwilkę wyciągnięto. Dał do tego powód naprzód jubileusz jego 50-letniego doktorstwa, obchodzony uroczyście dnia 23 sierpnia 1867 wręczeniem nowego dyplomu honorowego, ucztą i licznemi powinszowaniami miejscowemi i zamiejscowemi prozą i wierszem, pomiędzy niemi od Winc. Pola i Lucyjana Siemieńskiego, który mu poświęcił przekład Od Horacego. Jubilat liczył wtedy lat 77 i podejrzywał te dwa toporki o groźne przecięcie dalszego pasma życia. Obawa jednak była płonna, gdyż jeszcze we dwa lata potém, t. j. r. 1869, powołał go Wydział krajowy do komitetu mającego ułożyć program budowy nowego obok starego szpitala św. Łazarza. Wywiązał się gorliwie z tego zadania jako przewodniczący i przesłał ogólne sprawozdanie z dokonanych czynności, prosił jednak o uwolnienie go od dalszego udziału w téj sprawie, które téż otrzymał z wyrazem podziękowania za chlubne uiszczenie się z poruczonego sobie obowiązku, do którego jedynie spełnienia był powołany.

Jawnym owocem cichego roztrząsania swéj przeszłości były dwie książki, z których jedna wyszła w Krakowie w r. 1871 pod napisem: Przegląd ogólny swojego zawodu lekarskiego i nauczycielskiego, druga w r. 1874 pod tytułem: Ważniejsze dokumenta odnoszące się do swojego udziału w sprawach i losach zakładów naukowych b. w. m. Krakowa i jego Okręgu. O pracy pierwszéj powiada na str. 131: „Nie jest on (Pogląd) jakiémś uczonémi dziełem, a nawet nie zawiera w sobie dokładnego sprawozdania, ale jest to tylko *simplex et succincta narratio* o tém, co się myślało, gadało i robiło na katedrze i przy łóżku chorego; zgoła jakie to tam było nasze gospodarstwo kliniczne, materyjalne i naukowe“.

Trudno w istocie oznaczyć dokładnie jedném słowem cechę piśmienniczą tych ksiąg, noszących na sobie wybitne piętno odrębnego indywidualizmu autora, nie krępującego się żadną używaną formą, lecz stwarzającego sobie własną aż do wielokrotnéj rzymskiéj i arabskiéj paginacyi nie ułatwiającéj wbrew zamiarowi rozpatrywania i odnajdywania licznych i ciekawych szczegółów. Pewne części mają zakrój pamiętników, inne gawędy, inne znowu sprawozdania obok zbioru pism urzędowych i prywatnych, różnych alegatów, objaśnień, tablic statystycznych, a nawet formularzy. Wypadki spostrzeżeń naukowo lekarskich skupiają się w 6ciu wykazach tabelarycznych, zapełnionych liczbami w licznych szerszych i węższych rubrykach i rubryczkach.

„Kwiatki polne“ wyszły bezimiennie, (pod dedykacyją jedynie znajdują się głoski M. J. B.) w Krakowie r. 1871, a dodatek w r. 1875. Jeden jeszcze tomik ukazał się niedawno za staraniem drukarza Łakocińskiego, który rękopis od zgrzybiałego autora w darze otrzymał. Są tam ujęte w rymy spostrzeżenia, uwagi i prawidła, odnoszące się już to do osoby własnéj, już to do różnych żywych i umarłych, wreszcie do przywar i śmieszności ludzkich w ogólności. Do pewnéj części dały powód jakieś zdarzenia lub okoliczności, znaczna zaś liczba powstała jako niewinna rozrywka w owéj porze, kiedy słabnący wzrok nie dozwalając czytania ani pisania zniewolił do zajęcia umysłowego z pamięci, które rym zastępując znak optyczny akustycznym łatwiéj w toku utrzymywał i jego wypadki od uronienia chronił.

Do rzadkich należy zjawisk taka prosta i szczera spowiedź, jaką Br. złożył dla mającéj go sądzić potomności. Ułatwia ona rozpatrzenie się w tym ciekawym żywocie i wyciąganie z niego obfitéj nauki, tkwiącéj nietylko w jawnych dziełach i czynach, ale w odrębnym jego i ściśle zaokrąglonym indywidualizmie i jego rozwoju. Kilka lub nawet kilkanaście wybitnych pojawów oderwanych od całego człowieka, pochwyconych oddzielnie od gruntu, z jakiego wyrosły, nie wystarcza do sprawiedliwéj i wyczerpującéj oceny. Trzeba umieć czytać w otwartéj księdze żywota, aby ją należycie zrozumieć, a nadewszystko strzedz się poglądów stronniczych, do których tém większa jest pokusa, im świeższa jest chwila przełomu dwóch ścierających się z sobą prądów, z których zwycięzki nie ochłonął jeszcze z dufnego upojenia. Nie ze stanowiska więc szkolarskiego dawnego czy nowego, lecz z niezależnego od nich przyrodniczego, opartego na znamionach tkwiących w ludzkim ustroju i w jego wrodzonych lub nabytych przymiotach rozbierzmy istotne cechy téj niezwykłéj postaci. Miała ona w sobie coś ze spiżowego posągu, mianowicie szlachetność, powagę i hart nieugięty. Całe życie tchnęło czystą dążnością do celów zacnych i uzacniających, nigdy i nigdzie nie napotykamy w niém pobudek niskich lub co gorsza brudnych. Mógł się mylić w poglądach, lecz zamiary były zawsze czyste i podniosłe, wzrok i myśl zwracały się ku górze, ku szczytnym ideałom. Wielkie te zalety tak w tym mężu górowały, że przewagą swoją tłumiły inne nie mniéj uprawnione i piękne strony ludzkiéj przyrody. Za nadto było twardego i chłodnego kruszcu, mniéj istoty giętkiéj, ciepłéj a przytulnéj, zwłaszcza w porze czynnego zawodu; była jakaś surowa groza niedopuszczająca zbytniego zbliżenia, bo miała w sobie coś, że tak powiem, demonicznego, bez krwi i mięsa, tylko zimne duchowe tchnienie. Było to zapewne skutkiem owych wpływów, pod któremi się Br. wychował w uległości, w rygorze, w stężałych formach dogmatycznych, krępujących swobodę a poddających przyrodzone siły i popędy nałożonym z góry prawidłom, jak szpaler pod wyciągnięty sznur nożycami przystrzygany.

Umysł młodociany bezwiednie nawykał i przyrósł wreszcie do panujących dogmatów, uważając je za jedynie zbawienne i konieczne do osiągania szlachetnych celów. Poza niemi był grzech lub występek, jeśli nie zbrodnia. Dogmat nie dopuszcza wolności i rodzi takich mężów jak Torquemada, Filip II, książę Alba, co pod hasłem *Fiat dogma pereat mundus* nie wahają się w najlepszéj wierze, że spełniają konieczny obowiązek, z nieubłaganą siłą logiki i uzbrojonego ramienia deptać bezwzględnie najświętsze prawa przyrody. Biada, gdy na usługi dogmatu idą bądź zimny rozum, bądź rozkiełznane i surowe namiętności, szukające pod jego tarczą zaspokojenia swych dzikich i krwiożerczych popędów. Brodowicza dogmatyzm nie doszedł ostatecznego stopnia bezwzględności, bo go znacznie łagodziła sztuka lekarska, wskazująca mu na każdym kroku nagość, ułomność ludzką i jéj

zawisłość od warunków fizycznych. Chroniło go to od ślepéj zaciekłości, ale sam stał twardy i nieugięty przy swych zasadach zmierzających do cnoty i uzacnienia ludzkiego bez względu na warunki ziemskie, polityczne, społeczne i narodowe, nie uznających potrzeby wolności, uważających walkę za ojczyznę za niebezpieczną zabawkę w politykę, a porzucenie dogmatów naukowych za szkodliwe nowatorstwo. Runęła w jego oczach rzeczpospolita krakowska, w któréj trwałość wierzył, runął system Metternicha, który mu się opoką niewzruszoną wydawał, runął witalizm naukowy w mniemaniu jego nieomylny, runęło to wszystko poza nim w świecie zewnętrznym przez grzech, jak sądził, zepsucie, dopust Boży, ale w nim samym żaden z jego dogmatów nie drgnął. Cofnął się z widowni innym prądem zalanéj, z którym iść nie chciał i zamknął, ba ogrodził się w swéj ślimaczéj skorupie tak wszelako, iż sam z niéj nie wychodząc, drugim wstępu nie bronił. Bo od chwili, gdy publiczną arenę opuścił, stał się nietylko przystępnym, ale przytulnym, rozmównym, chętnie się udzielającym, na ludzkie słabości wyrozumiałym i pobłażliwym. Zmiękł widocznie pod względem towarzyskim i narodowym przyznając się już bez ogródki do polskości, ale swego dogmatycznego stanowiska w żadnym kierunku nie porzucił, lecz owszem ile i jak mógł, w duchu uzupełnił i zaokrąglił. Jak dawny żołnierz i w cywilnym jeszcze ubiorze zatrzymuje częstokroć i postawę wyprostowaną i chód miarowy, tak Br. w całém swojém zachowaniu i ułożeniu okazywał do końca nawyknienie do przestrzegania ścisłego pewnych form, do miarkowania swych słów, aby przypadkiem wbrew przyuczonéj przyzwoitości nie odsłaniać się za wiele w swéj naturalnéj nagości. Mimo woli i wiedzy z samego nałogu powstrzymywał się w swych wynurzeniach i stosował je z pewną dyplomatyczną delikatnością do osób i okoliczności. (Dok. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie statystyczno-naukowe ruchu chorych w oddziale chorób wewnętrznych I, lit. A, za rok 1883 w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Z dniem 1 stycznia r. 1883 pozostało chorych w zakładzie . . . . 48 m., . 29 k., = . 77

	m.	k.	razem
w styczniu r. 1883 przybyło	73	57	130
w lutym „	66	46	112
w marcu „	67	45	112
w kwietniu „	69	47	116
w maju „	71	49	120
w czerwcu „	63	44	107
w lipcu „	76	20	96
w sierpniu „	61	29	90
we wrześniu „	48	25	73
w październiku „	64	35	99
w listopadzie „	61	40	101
w grudniu „	57	18	75
Razem przybyło w ciągu r. 1883	824	484	1308

Z tych opuściło w ciągu r. 1883 zakład:

	m. wylecz.	k. wylecz.	razem
w styczniu	51	35	86
w lutym	44	25	69
w marcu	39	28	67
w kwietniu	46	31	77
w maju	55	39	94
w czerwcu	46	36	82
w lipcu	52	14	66
w sierpniu	35	16	51
we wrześniu	30	16	46
w październiku	34	17	51
w listopadzie	37	18	55
w grudniu	34	14	48
Razem	503	289	792

Z pozostałych chorych opuściło zakład:

	niewyleczonych m.	k.	razem	umarło m.	k.	razem
w styczniu	7	5	12	11	11	22
w lutym	8	9	17	13	7	20
w marcu	5	6	11	24	13	37
w kwietniu	10	8	18	23	11	34
w maju	6	9	15	13	5	18
w czerwcu	10	6	16	12	12	24
w lipcu	5	5	10	15	5	20
w sierpniu	16	2	18	10	9	19
we wrześniu	10	7	17	15	2	17
w październiku	8	2	10	19	10	29
w listopadzie	5	6	11	8	7	15
w grudniu	7	2	9	8	4	12
Razem opuściło	97	67	164	171	96	267

Jak z powyższego zatém zestawienia wynika, opuściło zakład w ciągu r. 1883 =

	m.	k.	razem
wyleczonych	503	289	792
z polepszeniem	57	37	94
niewyleczonych	40	30	70
umarło	171	96	267
pozostało z końcem r. 1883	54	31	85

	przybyło m.	k.	razem	ubyło m.	k.	razem
w styczniu	73	57	130	58	40	98
w lutym	66	46	112	52	34	86
w marcu	67	45	112	44	34	78
w kwietniu	69	47	116	56	39	95
w maju	71	49	120	61	48	109
w czerwcu	63	44	107	56	42	98
w lipcu	76	20	96	57	19	76
w sierpniu	61	29	90	51	18	69
we wrześniu	48	25	73	40	23	63
w październiku	64	35	99	42	19	61
w listopadzie	61	40	101	42	24	66
w grudniu	57	18	75	41	16	57

Z powyższego zestawienia wynika, że największy przybytek chorych był w styczniu (130) a najmniejszy we wrześniu (73) a opuściło zakład najwięcéj ozdrowieńców w maju (109) a najmniéj w grudniu (57). Bezwzględna śmiertelność była największa w marcu (37) a najmniejsza w grudniu (12).

Wynik leczenia procentowo uwzględniony był następujący:

wyleczonych opuściło zakład	64·76%
z polepszeniem „ „	7·68%
nieuleczonych „ „	5·73%
umarło w ciągu r. 1883	21·83%

Choroby były następujące:

	m.	k.	razem
Gruźlica płuc	130	67	197
Nieżyt przewodów oddechowych	116	61	177
Nieżyt przewodu pokarmowego	107	83	190
Zapalenie płuc	96	39	135
Dur brzuszny i osutkowy	50	35	85
Choroby nerek	43	21	64
Zapalenie opłucny	40	15	55
Choroby serca i naczyń krwionośnych	19	24	43
Gościec stawowy	15	22	37
Choroby jamy ust, nosa i gardła	11	14	25
Stłuczenie ciała	24	7	31
Umierających przywieziono	15	12	27
Choroby nerwów	16	14	30
Gościec mięśniowy	12	12	24
Zimnica	36	13	49
Róża	18	2	20
Choroby pęcherza	18	4	22
Choroby naczyń limfat.	10	4	14
Choroby kości	8	5	13
Zapalenie otrzewny	3	7	10
Płonica	5	4	9
Zatrucia	6	3	9
Choroby oczu	4	5	9
W obserwacyi	5	2	7
Zapalenie stawów	4	2	6
Udar mózgowy	5	—	5
Choroby płciowe	—	3	3
Choroby skóry	3	1	4

Błonica	1 m.	1 k.	=	2
Odra	1 „	1 „	„	2
Choroby uszu	2 „	1 „	„	3
Ospa	1 „	— „	„	1
Razem	824	„488	„	„1308

Z pomiędzy przytoczonych chorób zasługują na więcéj szczegółowe uwzględnienie: 1. Dur; 2. Zapalenie płuc; 3. Zapalenie opłucny; 4. Reumatyzm stawowy; 5. Nieżyt przewodu pokarmowego.

I. Dur.

Liczba przypadków duru (brzusznego i osutkowego) wynosiła w r. 1883: 49 mężczyzn i 35 kobiet, razem 84. Z tych opuściło szpital 45 mężczyzn a 33 kobiet wyleczonych a umarło 4 mężczyzn i 2 kobiety, razem 6; procentowo biorąc wyszło zatém 92·85% wyleczonych a tylko 7·15% umarło.

Miesięczny przybytek owych 84 chorych i śmiertelność w pojedynczych miesiącach przedstawiały się jak następuje:

w styczniu	przybyło	11	a umarło	1
w lutym	„	7	„	—
w marcu	„	3	„	1
w kwietniu	„	11	„	—
w maju	„	7	„	—
w czerwcu	„	7	„	1
w lipcu	„	5	„	—
w sierpniu	„	3	„	—
we wrześniu	„	4	„	—
w październiku	„	10	„	2
w listopadzie	„	10	„	—
w grudniu	„	6	„	1
Razem		84	„	6

(Dokończenie nastąpi).

Dziennik ustaw i rozporządzeń krajowych dla królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z W. Ks. Krakowskiém zawiera w części V wydanéj dnia 28 stycznia 1885 r. pod Nr. 21 ogłoszenie c. k. górniczego starostwa w Krakowie z 4 stycznia 1885 l. 19 o ustanowieniu terenu ochronnego dla źródeł wody w Regulicach. — Ustanowienie to nastąpiło ze względu na projektowane sprowadzenie wody tych źródeł do miasta Krakowa.

(K. G.) Stowarzyszenie lekarzy chorób wewnętrznych w Berlinie (*Verein für innere Medicin*) uchwaliło na wniosek prof. Leydena wyznaczyć komisyję do roztrząśnienia sprawy przenoszenia chorób zakaźnych tak przez osoby z otoczenia chorych, jakotéż i przez przedmioty, z któremi się chorzy stykali. Badania odnosić się mają w szczególności do płonicy, odry, krztuśca i ospy.

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 117.258 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W VIII tygodniu od 15—21 lutego rb. zmarło 91 osób, co odpowiada na rok i 1,000 m. 40,4. W tym czasie zmarło 10 osób z ospy, 2 z płonicy, 1 z duru brzusznego.

W IX tygodniu od 22—28 lutego r. b. zmarło osób 100, co odpowiada na rok i 1,000 mieszkańców 45·2. W tym czasie zmarło 11 osób z ospy, 3 z błonicy, 1 z krztuśca, 1 z duru brzusznego, 1 z duru wysypkowego.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 marca. W obecności grona profesorów Wydziału lekarskiego i wielkiéj liczby słuchaczów odbył się w sobotę d. 7 bm. wykład habilitacyjny Dra Stanisława Smoleńskiego z Jaworza. Kandydat mówił o zadaniach hydroterapii. Wykład był potoczysty i wyczerpujący, to téż na podstawie tegoż, jakotéż aktów poprzednich, Wydział orzekł, że kandydat uczynił zadosyć wszelkim wymogom prawnym i udzielił mu *veniam legendi.*

(S.) Na posiedzeniu Spolku českich lekařů odbytém dnia 9go b. m. przedstawił prof. Hlava preparat *pericarditis ossificans, perihepatitis cartilaginosa,* następnie wyłożył rzecz o anatomicznych zmianach nerek w chorobach Brighta. Po nim mówił docent Thomayer o kardialgii.

* Otrzymaliśmy sprawozdanie za rok 1884 Towarzystwa lekarzy bukowińskich (Czerniowce, 1885, in 8vo, str. 17). Towarzystwo to istnieje od lat 18 i liczy 56 członków zwyczajnych, 6 nadzwyczajnych, 34 honorowych i 10 korespondentów. Prezesem na rok bieżący wybrany został ponownie Dr. Załoziecki, wiceprezesem prof. Kleinwächter, członkami komitetu zaś Dr. Uszyński, prof. Wolczyński, Drowie Stockloew, Mayer, Schärf i Wysocki. Na tegoroczném zebraniu ogólném wybrani zostali jednogłośnie członkami honorowymi Towarzystwa protomedyk Biesiadecki we Lwowie i prof. Blumenstok w Krakowie. Przeszło trzecia część wszystkich członków Towarzystwa jest narodowości polskiéj. Posiedzenie tegoroczne zagaił prezes Dr. Załoziecki przemową piękną, w któréj zdał sprawę nietylko z czynności towarzystwa, ale i z postępu nauk lekarskich w roku minionym w ogóle.

* Dr. Domingo Freire w Rio de Janeiro, który odkrył prątek febry żółtéj, przeprowadził próby szczepienia ze skutkiem nadzwyczaj pomyślnym, albowiem z 1000 osób szczepionych kilka zaledwie zapadło na najłagodniejszą formę febry żółtéj, a żadna nie zapadła ciężko. (*Petersb. med. Woch.*)

* **Praga czeska**. Grono profesorów i docentów Wydziału lek. czeskiego postanowiło wydawać obok Časopisu lek. česk. Sbornik, rodzaj archiwu lekarskiego, wychodzić mającego w zeszytach, z których 4 stanowić będą tom o 32 arkuszach druku, opatrzony rycinami i tablicami. Sbornik przeznaczony jest tylko dla większych prac oryginalnych. Do pokrycia możebnego niedoboru służyć będzie kapitał zakładowy, na rzecz którego 23 lekarzy złożyło dotąd sumę 1325 zła, Podziwiamy ofiarność i samopomoc kolegów czeskich a znana ich energija nie dozwala wątpić o powodzeniu powstać mającego archiwu. Z naszéj strony serdecznie życzymy pomyślnego skutku zacnym usiłowaniom naszych pobratymców.

* **Budapeszt**. Minister spraw wewnętrznych ogłosił konkurs na posadę 4 inspektorów sanitarnych w témże ministerstwie urzędować mających; dwóch z nich pobierać będzie po 2,000, jeden 1.800 a jeden 1,600 zła. płacy, a każdy z nich nadto 400 zła. dodatku na mieszkanie.

Mianowania i odznaczenia. Prof. Weigert w Lipsku, pominięty przy obsadzeniu katedry po Cohnheimie, zamierzył usunąć się z Lipska, i z tego powodu wielbiciele jego urządzili mu owacyję, wśród któréj nadeszło zawiadomienie telegraficzne z Frankfurtu n./M., że zakład Senkenberga wybrał go następcą anatoma Lucaego i że jednocześnie poruczono mu czynności prosektora we wszystkich szpitalach tegoż miasta. Weigert przyjął zaszczytne wezwanie i tym sposobem otwiera się dla niego nowe pole działalności. Posadę zaś prosektora w Dreźnie po Birch-Hirschfeldzie obejmuje prof. Huber z Lipska.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 10: Heimana: Przypadek urazowego potrójnego pęknięcia błony bębenkowéj z zejściem śmiertelném; Holzmanna: O krzepnieniu krwi (dok.). — *Medycyny* Nr. 10 nie doszedł nas znowu.

Redakcyja otrzymała:

Dr. M. ZIELENIEWSKI: Dwa ustępy z dzieła do druku przygotowanego „Rys balneologii." Warszawa 1885.

Dr. Alois JANDOUŠ: Nauka o způsobu předpisování a skladbě léků v receptach lékařských pro mediky. V Praze 1885. 8vo małe str. 64. Cena 75 centów.

Są to bardzo treściwie zebrane sposoby przepisywania leków

Dr. PAULY (w Poznaniu): Uiber die Stellung des practischen Arztes zum Specialisten. (Odbicie z „D. med. Woch.") in 8vo str. 5.

Fourteenth and Fifteenth Report of the New York Ophthalmic and Aural Institute, New York 1884, 1885, in 8vo str. 20 i 21.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 18 bm. o godz. 6éj w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. Piasecki mówić będzie o umiejętném zastosowaniu hydroterapii w porze zimowéj, poczém 2) kol. Rosner Jan opisze z kliniki prof. Madurowicza przypadek *Pyocolpos et pyometra ex atresia vaginae hymenali,* 3) wreszcie kol. Prus mówić będzie o zachowaniu się tkanki mózgowéj pod wpływem ogniska śródczaszkowego.

Na fundusz portretu śp. prof. Kozubowskiego złożyli: Dr. Blatteis 1 złr., Dr. Blumenstok 2 złr., Dr. Braunstein 1 złr., Dr. Browicz 5 złr., Dr. Buszek 3 złr., Dr. Domański 3 złr., Dr. Goebel 4 złr., Dr. Grabowski 3 złr.. Mag. farm. Gralewski 2 złr., Dr. Jakubowski 5 złr., Dr. Jaszczurowski 2 złr., Dr. Jodłowski 1 złr., Dr. Kohn 2 złr., Dr. Lustgarten 1 złr., Dr. Łazarski 5 złr., Dr. Madurowicz 5 złr., Dr. Mars 1 złr., Dr. Oettinger 3 złr., Dr. Paszkowski 2 złr., Dr. Pieniążek 5 złr., Dr. Rybczyński 2 złr., Dr. Jan Rosner 1 złr., Dr. Rydel 5 złr., Dr. Schaitter 2 złr., Dr. Śliwiński 1 złr., Dr. Szewczyk 1 złr., Dr. Wilkosz 1 złr., Dr. Wiszniewski 3 złr., Dr. Zaremba 1 złr., Dr. Ziembiński 1 złr., Dr. Żelazowski 1 złr., Dr. Żuławski 1 złr., Razem 76 złr., co z poprzednio złożonemi czyni kwotę 161 złr. 98 ct.

Sprostowanie. W Nrze 10 Przegl. Lek. str. 130, wiersz 31 od góry zamiast: „w obec atropinu“, ma być „wobec antipirynu“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 21 marca 1885. № 12. Rok XXIV.

I. Ciałka nerwowe
nowe, dotychczas nieznane składniki morfologiczne nerwów obwodowych.

Podał
prof. Dr. Adamkiewicz.

Według stanu dzisiejszych naszych wiadomości o budowie włókien nerwowych, posiadających osłonkę rdzenną i podwójne obrysy, składają się owe nerwy z osłonki Schwanna, osłonki rdzennéj i włókienka osiowego. Ze względu na delikatniejszą budowę poszczególnych włókien nerwowych należy uwydatnić, pomijając różne zapatrywania odnoszące się do delikatniejszéj budowy włókienka osiowego, że osłonka rdzenna przedstawia na przekroju poprzecznym współśrodkowe pierścienie, na przekroju zaś podłużnym wcięcia *Schmidt-Lantermann'a* i że osłonka Schwanna jest podzieloną przez pierścienie Ranvierowskie na poszczególne części, których cecha anatomicznéj jednostki ma być udowodnioną obecnością jednego jądra pomiędzy dwoma pierścieniami Ranviera.

Przy pomocy mojéj niedawno temu opisanéj metody barwienia safraniną udało mi się wykryć w obwodowych nerwach nowy, dotychczas jeszcze nieznany morfologiczny składnik.

Ponieważ przedstawienie tego składnika zależy głównie od sposobu traktowania nerwów przeznaczonych do badania, muszę przynajmniéj najważniejsze wskazówki do użycia méj metody w krótkości podać, nie wątpiąc, że główne zasady tejże są już dostatecznie znane.

Pień nerwowy mający być badanym musi być stwardnionym w płynie Müllerowskim. Stwardnienie nie powinno jednak przekroczyć pewnego średniego stopnia, który najpewniéj osiągnąć można, jeżeli nerw leży w wspomnianym rozczynie nie mniéj niż jeden, a nie więcéj niż trzy miesiące. Przy słabym stopniu stwardnienia ów składnik, przezemnie wykryty, nie przyjmuje wcale barwika. Jeżeli zaś nerwy są zanadto stwardniałe, to barwią się osłonki rdzenne silnie czerwono i zakrywają swą ciemną barwą owe bardzo delikatne nowe pierwociny tkaninowe.

Naciąwszy skrawki z nerwu śród téj ostrożności stwardniałego, zabarwiwszy je według metody opisanéj przezemnie w wodnym rozczynie safraniny i przygotowawszy je w znany sposób do badania drobnowidzowego, możemy wykazać następujące ciekawe zachowanie się nerwów.

Na przekrojach poprzecznych widać najprzód jako zewnętrzne ograniczenie preparatu lekko fijołkowo zabarwioną włóknistą tkankę łączną (*perineurium*) i podłużne, ciemno fijołkowe jądra, ułożone w kierunku włókien. Z onerwia wciskają się do wnętrza pnia nerwowego przegródki, przedstawiające to samo zachowanie się jak onerwie.

Główną naszę uwagę zajmuje jednak zachowanie się samych nerwów.—Tworzą one na zabarwionym przekroju poprzecznym mozaikę, złożoną z lekko żółtawych kół. Środek tych kół jest zajęty przez okrągłe, niezabarwione włókienko osiowe. Żółta więc barwa przynależy wyłącznie do osłonki rdzennéj.

Każda osłonka rdzenna jest otoczoną od zewnątrz delikatnym, słabo fijołkowo zabarwionym pierścieniem, odpowiadającym poprzecznie przeciętéj osłonce Schwanna.

W osłonkach Schwanna leżą ciemno fijołkowe okrągłe jądra. Podobne jądra można także widzieć tu i owdzie we włókienku osiowém, jest to ciekawy a dotychczas przeoczony fakt. Jądra włókienka osiowego znajdują się zazwyczaj przy jego brzegu i sterczą albo do jego wnętrza, albo téż częścią do włókienka osiowego a częścią do osłonki rdzennéj.

Najwięcéj atoli zajmują naszą uwagę nadzwyczaj piękne i ostro odgraniczone półksiężyce brunatno-czerwonéj barwy rozsypane po całym przekroju.

Przy dokładniejszém badaniu preparatu można się łatwo przekonać, że każdy z brunatno-czerwonych półksiężyców przylega tuż do nitki nerwowéj. A mianowicie przechodzi albo zewnętrzny wypukły obrys półksiężyca w obwód przecięcia nerwu i tworzy wraz z nim koło. W tym przypadku sterczy ciało półksiężyca do wnętrza nerwu. Osłonka zaś rdzenna jest wciśniętą przez to nieco ku wewnątrz tak, że jéj przekrój staje się niesymetrycznym. Albo téż cały półksiężyc przylega do

zewnątrz do przekroju nerwu. W tym razie tworzy on zewnętrzny przyczepek nerwu, rozszerza odśrodkowo przekrój nerwu i nadaje jego obwodowi więcéj owalny kształt.

Już przy średniém powiększeniu można rozpoznać, że półksiężyc nie jest ciałem jednolitém. Tam, gdzie posiada największą szerokość, właśnie w jego środku, siedzi fijołkową barwą błyszczące okrągłe jądro. Wystaje ono czasem po za wklęsłe ograniczenie swego półksiężyca i wypukla jego środkową część do wnętrza osłonki rdzennéj. Dokładniejszych szczegółów nie można nawet przy silniejszych powiększeniach dostrzedz.

Jak wspomniano, nie każdy przekrój nerwu posiada półksiężyc. Z licznych obliczeń okazało się, że mniéj więcéj na dziesięć przekrojów nerwów przypada jeden nerw, opatrzony półksiężycem. Przecięcia podłużne wyjaśnią nam ten stosunek.

Na p r z e c i ę c i a c h p o d ł u ż n y c h zdradzają się twory, przedstawiające się na przekroju poprzecznym jako półksiężyce zaraz swą ciemno pomarańczowo-czerwoną barwą. Jeżeli zabarwienie preparatu nie powiodło się, to z tych tworów nie można nic widzieć z powodu nadzwyczaj wielkiéj delikatności. Łatwo téż dla tego zrozumieć, dlaczego dotychczas uszły one uwagi badaczy.

Najprzód uderzają badającego pomarańczowo-czerwone plamy barwikowe, rozsypane nieregularnie wśród żółtawo lub różowo zabarwionych pasemek nerwowych, przeciętych podłużnie. Dopiero powoli wyrabia się przekonanie, że te plamy barwikowe pochodzą z właściwych komórek i leżą w ich bliskości. Domysł ten staje się pewnością przez odkrycie, że znachodzi się czasem znaczna ilość takich komórek, w których pomarańczowo-czerwony barwik zawarty jest jeszcze w szczególnéj postaci. Z przedstawionego zachowania się wynika, że część składowa owych komórek, barwiąca się safraniną pomarańczowo-czerwono, mieści się w ciałku komórkowem tylko luźnie i można ją łatwo wypłukać z komórki już przez samo postępowanie przy barwieniu.

Komórki, o których tu mówimy, leżą w istocie nerwowéj i przedstawiają się na przekroju podłużnym wrzecionowato. Ich oś długa biegnie z osią nerwu, a jeden z ich brzegów przypada na brzeg odpowiedniego nerwu. Druga wolna krawędź wrzeciona nie posiada zawsze regularnego kształtu, jest zazwyczaj silniéj wygiętą niż pierwsza krawędź i nie dosięga połowy szerokości nerwu, to jest nie dosięga włókienka osiowego, dzielącego przekrój podłużny nerwu na dwie równe części.

Na obu biegunach zakończa się komórka wrzecionowata ostro, tworząc delikatne, nieco pokręcone nitki, gubiące się w osłonce rdzennéj.

Ciałka nerwowe, tak nazywam opisane komórki wrzecionowate, nie są zrośnięte z osłonką S c h w a n n a. Wprawdzie leżą one zazwyczaj tak blisko osłonki S c h w a n n a, że krawędź ciałka nerwowego i osłonki S c h w a n n a zdaje się być jedną i tą samą. Jednak na rozskubanych preparatach można się łatwo o tém przekonać, że tak osłonka S c h w a n n a jak i ciałko nerwowe są tworami odrębnemi. Często bowiem widzieć można, że osłonka S c h w a n n a odstaje od ciałka nerwowego. Również często uda się oddzielnie przedstawić ciałko nerwowe na dowód, że jest wolnym samoistnym tworem.

Ciałka nerwowe rozmieszczone są w osłonce rdzennéj. Zazwyczaj leżą w jéj zewnętrznéj warstwie. Czasem atoli zdarza się, że znachodzą się w środku osłonki rdzennéj. W tym przypadku widzi się na przekroju poprzecznym, że półksiężyc leży wśród pierścieni osłonki rdzennéj, a na przekrojach podłużnych, że ciałko nerwowe oddzielonem jest warstwą osłonki rdzennéj od osłonki S c h w a n n a.

Już to zachowanie się mych ciałek nerwowych zbija zupełnie domysł, jakoby one zostawały w jakimś związku ze znanemi jądrami, mieszczącemi się w osłonce S c h w a n n a. Pomijając wybitne różnice istniejące między ciałkami nerwowemi a jądrami osłonki S c h w a n n a, o których jeszcze późniéj pomówię, chcę tylko zwrócić uwagę, że jądra osłonki S c h w a n n a stanowią integralną jéj część a od niéj mogą być tylko przez przerwanie jéj ciągłości oddzielone. Leżą one bowiem w saméj osłonce S c h w a n n a, a mianowicie w zewnętrznéj bardzo delikatnéj blaszce, któréj zazwyczaj dostrzedz nie można, lecz którą w pierścieniu R a n v i e r a łatwo można poznać. Właśnie w tém miejscu, w którém istota rdzenna nerwu zaczyna znikać i zwężać się, oddziela się blaszka zewnętrzna osłonki S c h w a n n a od blaszki wewnętrznéj, otacza pierścień i występuje jako odosobniona wraz z jądrem, wypełniającém zatokę.

Jądra leżą więc zawsze na zewnątrz, ciałka zaś nerwowe na wewnątrz od wewnętrznéj blaszki osłonki S c h w a n n a. Dla tego też nie rzadko widzieć można, że w osłonce S c h w a n n a leży jéj jądro a tuż obok niego, lecz ku wewnątrz i oddzielnie od osłonki, leży półksiężyc.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje rodzaj zabarwienia, jakie przedstawiają ciałka nerwowe. Każde ciałko jest wyraźnie na trzy części podzielone. Należy odróżnić dwa symetryczne bieguny i część środkową komórki. Oba bieguny są pomarańczowo-czerwone, część zaś środkowa jest blado-fijołkowo zabarwioną. W części środkowéj komórki leży jądro delikatne i pięknie owalnie ukształtowane, które, podobnie jak część środkowa ciałka nerwowego, fijołkowo jest zabarwione, tylko ciemniejszy odcień barwy posiadając. Czasem ciągnie się wzdłuż wolnego brzegu części fijołkowéj paseczek pomarańczowo-czerwony, łączący na kształt mostu oba bieguny ciałka nerwoweg o

Jądra osłonki S c h w a n n a nie przedstawiają nic analogicznego. Nie posiadają one wcale pierwoszczy je otaczającéj i nie należą wcale do komórek, któreby można było izolować.

Również ich zachowanie się względem safraniny jest całkiem odmienne w porównaniu do zachowania się ciałek nerwowych. Pomijając, że nie przedstawiają ani śladu pomarańczowo-czerwonéj barwy, przyjmują pod wpływem safraniny znacznie ciemniejsze fijołkowe zabarwienie, niż jądro ciałka nerwowego.

Co się tyczy ogólnéj postaci ciałka nerwowego, to można ją sobie łatwo skonstruować z półksiężycowatéj postaci przekrojów poprzecznych i z wrzecionowatego kształtu widocznego na przekrojach podłużnych. Muszą one posiadać kształt niecek płaskich, ostro zakończonych. W jamie niecek leży nerw. Wypukłą stroną dotykają niecki osłonki S c h w a n n a.

Pomiary mikrometryczne wykazały, że ciałka nerwowe posiadają następujące wymiary średnie:

Długość (od szczytu jednego bieguna do szczytu bieguna drugiego) = 0,03 mm.

Szerokość (odległość końców półksiężyca) = 0,015 mm.

Grubość (największa szerokość półksiężyca) = 0,005 mm.

Owalne jądro ma średnią długość 0,0095 mm. a szerokość 0,0038 mm.

Ponieważ z pierwocin komórkowych wchodzących w skład obwodowych nerwów znanemi były dotychczas tylko jądra osłonki S c h w a n n a, muszę je przeto porównać z mojemi ciałkami nerwowemi. Jądra osłonki S c h w a n n a posiadają średnią długość 0,015 mm. i szerokość 0.006 mm. Stosunek zatém krótkiéj osi do długiéj osi wynosi w ciałkach nerwowych 1 : 3, a w jądrach osłonki S c h w a n n a 1 : 2.

Co się tyczy ilościowego stosunku ciałek nerwowych i jąder osłonki S c h w a n n a, to każdy rzut oka na preparat jakikolwiekbądź, czy to na przekrój poprzeczny, czy też podłużny, czy

wreszcie na izolowane zabarwione włókno nerwowe poucza, że więcéj jest jąder osłonki Schwanna niż ciałek nerwowych. A mianowicie przypada według obliczeń na pięć jąder osłonki Schwanna jedno ciałko nerwowe.

W ogólności jest liczba jąder w osłonce Schwanna znacznie większą, niż to dotychczas podają. Nie mogę przynajmniéj w obwodowych nerwach człowieka potwierdzić podania autorów, że między dwoma pierścieniami Ranviera ma się znachodzić zawsze tylko jedno jądro. Nieraz bowiem napotkałem w oznaczonym obszarze więcéj, nawet do pięciu jąder.

Pozostaje nam jeszcze pytanie, w jakich odstępach od siebie są ułożone ciałka nerwowe wzdłuż nerwu. Do rozwiązania tego pytania doszedłem na następującéj drodze.

Jeżeli wiadomą jest liczba (a) ciałek nerwowych, mieszczących się w znaném polu na przekroju podłużném pnia nerwowego, i jeżeli obliczymy sumę długości (L) poszczególnych nitek nerwowych, zaścielających toż pole widzenia, to odległość między dwoma ciałkami nerwowemi równa się oczywiście $\frac{L}{a}$.

Obliczyłem więc w pewném polu widzenia, dozwalającem na swobodne liczenie ciałek nerwowych, ilość a. Aby wynaleść sumę długości (L) wszystkich nitek nerwowych, zajmujących właśnie pole widzenia, postąpiłem w następujący sposób.

Obliczywszy powierzchnię owego pola widzenia według znanéj formułki $r^2\pi$, i wymierzywszy średnią szerokość nerwów zaścielających pole widzenia, miałem do rozwiązania pojedyńcze zadanie: oznaczyć długość równoległoboku, którego powierzchnia F i szerokość q, była znaną. Wtedy musiała oczywiście cała suma wszystkich nerwów wypełniających rzeczone pole widzenia równać się powierzchni tegoż pola widzenia.

Podstawiwszy w zrównanie: $\frac{F}{q} = L$ za F i q znalezione wartości otrzymałem $\frac{L}{a}$ jako wzajemną odległość dwóch ciałek nerwowych.

Rachunek wykazał jako średnią wartość dla $\frac{L}{a} = 0{,}4$ mm. czyli innemi słowy: na jeden milimeter nerwu przypadają dwa i pół ciałka nerwowego.

W końcu wypada mi jeszcze wspomnieć, że moje ciałka nerwowe znachodzą się tak w ruchowych jak i czuciowych nerwach człowieka (w przednich i tylnych korzeniach) i że przy téj modyfikacyi méj metody barwienia, przy zastosowaniu któréj barwi się tylko chromoleptyczna istota a nie tkanka śródmiąższowa, przedstawiają się owe ciałka nerwowe w pięknie czerwonéj barwie. Równocześnie można rozpoznać, że niektóre środkowe pierścienie osłonki rdzennéj przyjmują podobny odcień barwy i że w zdrowych, jak się zdaje, pniach nerwowych pojawiają się poszczególne nerwy, które zamiast dośrodkowo uwarstwionéj osłonki rdzennéj i włókienka osiowego posiadają wielkie, ostro odgraniczone, jednolite masy, barwiące się safraniną czerwono. Na przekrojach podłużnych przedstawia się wtedy odpowiednia nitka nerwowa wrzecionowato nabrzmiałą i mieści w swém wnętrzu zamiast osłonki rdzennéj i włókienka osiowego nieregularne bryły, z których niektóre są ciemno czerwono zabarwione. O znaczeniu owych czerwono się barwiących brył nie umiem jeszcze dotychczas nic stanowczego powiedzieć.

W końcu nasuwa się nam naturalne pytanie, jakie mają znaczenie opisane tu ciałka nerwowe. Czy zostają one w jakim związku z rozwojem nerwów lub ich czynnością?

Nie mogąc i na to pytanie dać pewnéj odpowiedzi, chciałbym tylko zwrócić uwagę na fakt, że ciałka nerwowe swą pomarańczowo-czerwoną barwą przypominają bardzo żywo reakcyję méj chromoleptycznéj istoty, którą wykazać mógłem jako prawidłową część składową każdego włókna nerwowego w rdzeniu pacierzowym, podczas gdy komórki zwojowe nie dają takiéj reakcyi a ze względu na ich zachowanie się do safraniny i ze względu na wyniki badań morfologicznych, jak to Ranvier wykazał, zbliżają się do tkanki łącznéj.

II. Z pracowni fizyjologicznéj prof. Tarchanowa w Petersburgu.

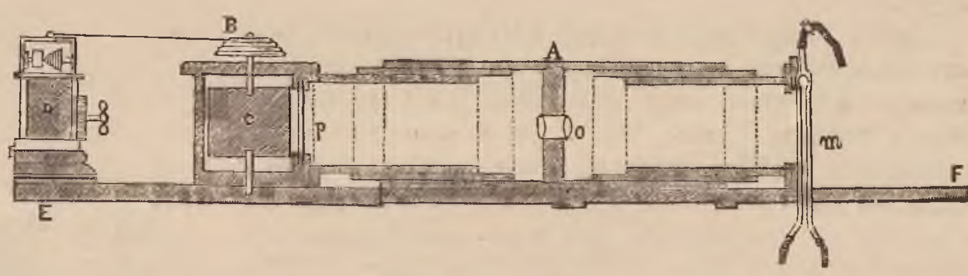
Oznaczenie prędkości ruchu krwi w naczyniach za pomocą nowego przyrządu, fotohemotachometru.

Podał Dr. Napoleon Cybulski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

Dla otrzymania fotogramu manometr z oprawą połączyłem z podwójną komorą, którą przedstawia rysunek fig. 5.

(Fig. 5).



W ścianie dzielącéj komorę na dwie części umieszcza się soczewka o. Światło do komory może wpadać tylko przez szczelinę w oprawie manometru. Po drugiéj więc stronie soczewki otrzymuje się prawdziwy obraz szczeliny wraz ze wszystkiemi szczegółami. Jeżeli zaś w płaszczyźnie ogniska soczewki pomieścimy szkło matowe i przykryjemy się suknem, jak przy fotografowaniu, tedy, przy oświetleniu szczeliny i ustawieniu w odpowiedniéj odległości oprawy i szkła od objektywu, otrzymujemy rzeczywisty obraz szczeliny, w postaci linii świetlnéj. Jeżeli zwierciadła płynu w obu rurkach manometru leżą w jednéj płaszczyźnie pozioméj, linię świetlną przecina jeden ciemny prążek poprzeczny; jeżeli zaś obie powierzchnie manometryczne leżą w różnych płaszczyznach, linię świetlną przecinają dwa ciemne prążki.

Jeżeli odległość manometru od soczewki przedmiotowéj jest taką, że rozmiary obrazu równają się rozmiarom przedmiotu, natenczas oczywiście odległość prążków ciemnych od siebie równa się rzeczywistéj różnicy pomiędzy powierzchniami płynu w obu rurkach manometru (patrz fig. 3 b). Aby otrzymać trwały obraz fotograficzny najmniejszych zmian téj różnicy, należy tylko zamiast szkła matowego przystawić ciemnię z cylindrem oklejonym czułym na światło papierem bromo-żelatynowym (fig. 5 c). Cylinder ten łatwo może być wprawiony w ruch około osi pionowéj, z tą albo inną stałą szybkością.

Cały przyrząd, ma się rozumieć, musi być bardzo dokładnie zbudowany, tak, iżby promienie świetlne mogły wpadać do niego tylko przez szczelinę w oprawie manometru i zresztą należy zastósować wszystkie przepisy sztuki fotograficznéj. W ten sposób otrzymujemy na papierze czułym fotogram obu powierzchni płynu w ramionach manometru, w postaci dwu białych linij, podczas gdy tło ogólne utrzymuje się ciemne. Odległość w każdéj chwili danéj między

obiema linijami białemi daje miarę rzeczywistéj odległości między powierzchniami płynu w ramionach manometru. Nadto pewne własności optyczne dały możność ważnego w danym razie uwydatnienia przestrzeni pomiędzy obiema linijami białemi, dzięki silniejszemu jéj oświetleniu, w skutek czego przedstawia się ona na fotogramie ciemniejszą od innych części.

Oto sposób, dzięki któremu udało mi się otrzymać fotogramy wartości *h*, przy dowolnéj ilości zmian na sekundę. Rzecz prosta, że podług określonych w powyższy sposób wartości *h* bardzo też łatwo określać odpowiadające im prędkości ruchu krwi, dzięki stałéj zależności tamtéj pierwszéj od téj ostatniéj.

Szereg doświadczeń dokonanych za pomocą opisanego przyrządu przekonał, że można określać wszelkie zmiany prędkości ruchu krwi, nawet w ciągu jednéj rewolucyi serca zachodzące, zmiany podczas skurczu i rozkurczu serca, zmiany zależne od wpływu oddechania, zmiany prędkości ruchu krwi zależne od zmian położenia członków ciała, lub zależne od przecinania różnych nerwów, od zażycia chloroformu, kurary itp.

Nadto, niepośledniéj doniosłości jest okoliczność, że jednocześnie na tym samym fotogramie i współrzędnie można oznaczać krzywe: oddychania, tętna, kardyjograficzne, ciśnienia bocznego i czasu. Wyniki już ukończonych badań nie omieszkam wyłożyć w osobnéj pracy specyjalnéj, tu zaś poprzestanę na podaniu kilku fotogramów, rzecz ilustrujących:

Fotogram 1. Prędkość ruchu krwi w *art. carotis* u psa. — I. Każda fala *a*, *b*, *c*, *d*.... oznacza zmian ywartości *h*, podczas jednéj rewolucyi serca (skala=$^1/_2$).—II. Sekundy.—Odległość 1—1′ oznacza wartość *h* podczas skurczu serca; odległość 2—2′ oznacza wartość *h*, odpowiadającą fali dykrotycznéj pulsu; odległość 3—3′ oznacza wartość *h* w końcu rozkurczu. — Prędkość przy powyższych wartościach *h*, w fali *b*=264, 264, 179 mm. na sekundę; w fali *d*=271, 271, 119 mm.; w fali *f*=296, 316, 203 mm. Strzałka oznacza kierunek w jakim należy odczytywać krzywe.

Fotogram 2. Prędkość ruchu krwi w *art. carotis* u psa (inne indywiduum) po tracheotomii. — I. Wartości *h* (skala = $^1/_2$). — II. Sekundy.—III. Krzywa kardyjograficzna. *d* oznacza uderzenie serca o klatkę piersiową podczas skurczu. — Prędkość przy 1—1′=310 m.; przy 2—2′=298 m.; przy 3—3′=222 m.

1.



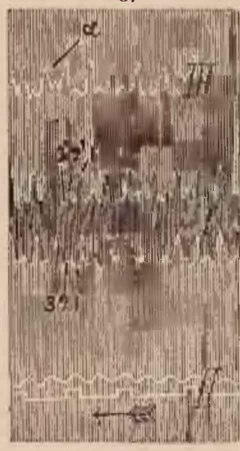
2.



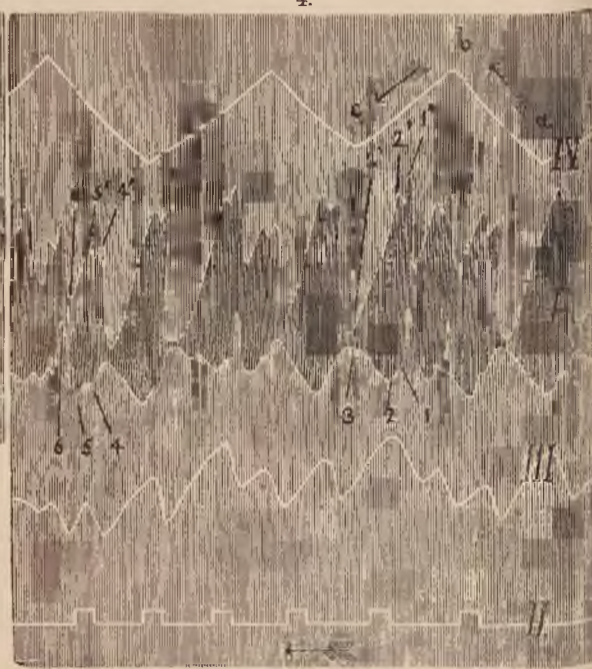
Fotogram 3. Prędkość ruchu krwi w *art. femoralis* u tego samego indywiduum (Fot. 2), śród tych samych warunków. — I. Wartości *h* (skala = $^1/_2$). — II. Sekundy i ciśnienie boczne w *art. humeralis*=120 mm. rtęci. — III. Krzywa kardyjograficzna. — Porównanie fotogramu 2 z 3 wykazuje różnicę typu zmian wartości *h*, a zatém i odpowiadających im zmian prędkości w *arteria carotis* i *femoralis*. — Prędkość przy 1—1′=416 mm., przy 2—2′=313 mm. i przy 3—3′=193 mm.

Fotogram 4. Prędkość ruchu krwi w *art. carotis* (nowe indywiduum).—I. Wartości *h* (skala=1).—II. Sekundy.—III. Ciśnienie boczne. Linija oznaczająca 0 ciśnienia znajduje się na odległości 60 mm. od linii II.—IV. Krzywa oddychania. *ab* wdech; *bc* wydech.—Prędkość przy 1—1′=251 m.; przy 2—2′=251 m.; przy 3—3′=0; przy 4—4′=197 m.; przy 5—5′=213 m.; przy 6—6′=66 mm

3.



4.



Fotogram 5. Prędkość ruchu krwi w *art. carotis*, po zatruciu kurarą, przy sztuczném oddychaniu. — I. Wartości *h*. (Skala=$^1/_2$).—II. Sygnał przecięcia nerwów błędnych i współczulnych. — α, przecięcie po stronie badania; β, przecięcie po stronie przeciwległéj.—B. W chwili przecięcia nerwu bicie serca ustaje i γ oznacza niemal 0 prędkości ruchu krwi.—Prędkość przy 1—1′=297 m.; przy 2—2′=271 m.; przy 3—3′=137 m.; przy 4—4′=800 m.; przy 5—5′=775 m.; przy 6—6′=687 mm. na sekundę.



III. O laparotomii w przypadkach przedziurawienia żołądka i jelit.

Wykład wypowiedziany na Zjeździe przyrodników w Magdeburgu przez prof. **Mikulicza**.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

Przypadek ostatni, zdaniem mojém, pelen zasadniczego znaczenia, poucza, że laparotomija i szew jelita nawet w daleko już posuniętém zapaleniu otrzewny ropno-posokowatém zbawczo oddziałać mogą. Zachowując sobie na późniéj omówienie praktycznych następstw ztąd wysnuć się dających, ograniczę się teraz jedynie do rozważenia pojedyńczych szczegółów dotyczących tego przypadku. Nie mało interesu nastręcza przedewszystkiém przyczyna przedziurawienia jelita, dla któréj trudno doszukać się całkiem pewnego wyjaśnienia. W pierwszéj chwili myślałem o zgorzeli powstałéj w skutek uwięźnięcia jelita w zaciskającym je pierścieniu, z którego następnie wysunęła się uciśnięta pętla, lecz przeciwko temu przemawiał regularny otwór w jelicie, owalnego kształtu, jak również brak znaczniejszych objawów reakcyjnych w otoczeniu. Nie mając przeto zresztą żadnych danych na poparcie mego pierwszego domysłu, przypuściłem samoistny proces owrzodzenia. Z pomiędzy owrzodzeń samoistnych, wyliczonych przez Leubego (*Ziemssens Handbuch der spec. Path. u. Ther.*) i Nothnagla (*Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Darmes*. Berlin, 1884), które mogą prowadzić do przedziurawienia jelita, wejdą tu w rachubę wrzody kataralne, dyfterytyczne, dysenteryczne, gruźlicze, kiłowe i rzadkie przypadki wrzodów powstałych na tle zatoru i wąglika. Umiejscowienie i znaczny obwód otworu przedziurawienia z jednéj strony, a brak pewnych charakterystycznych objawów z drugiéj strony umożliwiają wykluczenie wszystkich prawie owrzodzeń z wyjątkiem wrzodu durowego. Szczególniéj kiła i gruźlica z wszelką pewnością dały się wyłączyć u naszego chorego z szeregu przyczyn, mogących wywołać owrzodzenie. Lecz nietylko droga wykluczenia przywiodła mnie do przypuszczenia przeszywającego wrzodu durowego, umiejscowienie w dolnym końcu jelita cienkiego i anatomiczne cechy brzegów wrzodu, jak niemniéj znaczny obrzęk gruczołów krezkowych poparły dodatnio przypuszczenia na tle rozumowania oparte. Prof. Strümpell doniósł mi, że tak jemu jakoteż prof. Weigertowi w przypadkach duru z przedziurawieniem jelita najczęściéj przydarzało się takowe w okolicy, gdzie i w moim przypadku przedziurawienie miało miejsce, t. j. w pętli jelita położonéj na prawo i ku dołowi powyżéj kości biodrowéj. Nagłe powstanie objawów przedziurawienia, jak również brak wszelkich objawów chorobowych przed przedziurawieniem, nie sprzeciwia się przypuszczeniu wrzodu durowego, gdyż nierzadkie są przypadki, w których przebicie jelita było pierwszym i jedynym objawem tak zwanego duru nieobłożnego. Prof. Obaliński (*Wiener med. Presse*, 1884, Nr. 48—50 i 1885 Nr. 7) obserwował dwa przypadki, gdzie wykonał laparotomije, przy których w czasie, względnie po operacyi przyszło do przebicia jelita. Sekcyja wykryła przedziurawiający wrzód durowy jelita, a przecież wywiady nie zdradziły żadnych objawów typowych duru.

Strona operacyjna tego przypadku nasuwa dwie okoliczności, na które chciałbym zwrócić uwagę. Brzegi wrzodu odświeżono za pomocą cięcia eliptycznego i następnie spojono w kierunku podłużnéj osi jelita, skutkiem czego wynikło zrazu wybitne zwężenie światła jelita. Mimo to przebieg dalszy nie okazywał żadnych objawów zwężenia jelita, którego światło, jak się zdaje, w témże miejscu następowo dostatecznemu uległo rozszerzeniu. Nie bez wartości dla podobnych przypadków w przyszłości będzie doświadczenie w tym razie uzyskane. Po ukończeniu operacyi zamknąłem ranę brzuszną w ten sam sposób, jak po każdéj innéj laparotomii, a mianowicie, podobnie jak w przypadku poprzednim, zaniechałem wszelkiego drenowania. Tymczasem dalszy przebieg obu przypadków pouczył, że ten sposób nie jest odpowiednim, i że zasady dla laparotomii postawione w tym właśnie kierunku muszą uledz pewnéj przemianie.

Tyle zdobyłem własnego doświadczenia, a zanim przystąpię do uwag ogólnych nad wartością i słusznością laparotomii w przypadkach przedziurawienia jelita lub żołądka, pozwólcie mi Panowie przypomnieć pokrótce doświadczenie przez innych uzyskane. Przedewszystkiém przytoczę już wyżéj wspomniane przypadki Kochera, Lloyda i Boullego, w których operacyja miala miejsce z przyczyny przedziurawienia urazowego. Przypadek Kochera (*Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, 1883, Nr. 23 i 24. *Beiträge zur Chirurgie des Magens. Centralblatt für Chirurgie*, 1884, Nr. 15) dotyczył 14-letniego chłopca, który z odległości 5 kroków wystrzałem pistoletu Floberta w okolicę żołądka trafiony został. W pół godziny po zranieniu przeniesiony do szpitala wyszedł bez pomocy na schody, zaraz jednak potém wystąpiły objawy zapadu i zapalenia otrzewny z zupełném stłumieniem wypuku od pępka ku dołowi. W trzy godziny po uszkodzeniu otworzył Kocher jamę brzuszną, wydalił sporą ilość nagromadzonéj krwi i zaszył otwór $1^1/_2$ cm. średnicy, znajdujący się w dnie żołądka tuż obok wielkiéj krzywizny, przyczém jednak kuli nie udało mu się odnaleźć. Wyleczenie bez zaburzenia, pominąwszy ropień, który się wytworzył w kanale szwowym rany brzusznéj.

Przypadek J. Lloyda (*The British medical Journal* 1883, *March.*, 24. *Jahresbericht von Virchow u. Hirsch*, 1885, II B., str. 413) przedstawiał ranę postrzałową, przeszywającą ścianę brzucha powyżéj spojenia łonowego, w którą wprowadzono zrazu tylko sączek. Dopiero czwartego dnia, gdy już rozwinęło się zapalenie otrzewny, przedsięwzięto laparotomiję i zespojenie jelita w miejscu przedziurawienia. Chory umarł.

Boully (*Jahresbericht von Virchow u. Hirsch*, 1883 2 t.) wykonał operacyję z powodu pęknięcia jelita cienkiego po uderzeniu kopytem w brzuch. W 23 godzin po uszkodzeniu, gdy już wystąpiły wybitne objawy zapalenia otrzewny, przystąpiono do otwarcia jamy brzusznéj. Długość odciętego kawałka jelita wynosiła 10cm., gdyż część ściany jelita w otoczeniu miejsca pęknięcia uległa obumarciu i groziła również przedziurawieniem. Przebieg zrazu pomyślny zakłócony został w dniu trzecim rozejściem się częściowém rany brzusznéj, zkąd następowo dobywał się kał. W 10ym dniu po dokonaném badaniu palcami przetoki kałowéj pojawiło się napowrót ostre zapalenie otrzewny, pociągające wkrótce za sobą śmierć. Nie ulega wątpliwości, iż w przypadku Lloyda zbyt późno przystąpiono do operacyi, co także sam autor przyznaje, w przypadku zaś Boullego pomyślny zrazu przebieg zniweczony został przez nie zbyt łagodne badanie rękoma tworzącéj się przetoki kałowéj [1]).

[1]) Poprzednio już w przypiskach przywiedziony przypadek Tilinga odnosił się do mężczyzny 19-letniego z raną kłutą brzucha,

Tu wliczyć można również przypadki, w których przy ranach postrzałowych brzucha istniejący otwór rozszerzono, nadwerężone trzewo przezeń wydobyto i spojono szwem. Przykład podobnego rodzaju daje nam przypadek opisany przez Schmidta, w którym po zranieniu postrzałowém okolicy żołądka przyzwany chirurg (Baudens) rozszerzył ranę, wyciągnął przez nią dwukrotnie przedziurawione jelito, odciąwszy z niego kawałek długi na 8 cali, wprowadził je napowrót po założeniu szwu Lamberta. Mimo to nastąpiło zejście śmiertelne skutkiem zapalenia otrzewny, a sekcyja wykazała jeszcze trzecie miejsce przedziurawienia w jelicie ślepém (*Lehre von den Operationen am Bauche in Günthers Operationslehre).*

Wölfler w pierwszéj pracy o wycięciu odźwiernika (*Uiber die von Herrn Prof. Billroth angeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus.* Wien, 1881) wspomina, że już w r. 1522 lekarz bawarski w Regensburgu wydobył przez otwór w powłokach brzusznych żołądek przeszyty raną kłutą i zespoił ją. Pomijam te liczne przypadki, w których chirurg napotyka przedziurawione jelito lub żołądek, wypadnięte z jamy brzusznéj, gdyż na teraz rzeczą jest jasną, że w tych razach należy część przedziurawioną zeszyć i odprowadzić, jakkolwiek dawniéj spór toczono, czyli nie lepiéj w podobnych przypadkach pozostać przy przetoce żołądka, względnie jelita. Poprzednio przytoczone, chociaż skąpe, doświadczenia pozwalają nam wnosić, że laparotomija w każdym rodzaju urazowego przedziurawienia żołądka lub jelita odniesie zbawienny skutek, jeśli tylko dość wcześnie będzie wykonaną przed wyczekiwaniem objawów zapalenia otrzewny. Nietylko Kocher, lecz również Boully i Lloyd gorąco obstają mimo niepomyślnych wyników za możliwie szybkiém wykonaniem zabiegu operacyjnego, który przedewszystkiém najmniéj winno się odwlekać przy ranach postrzałowych brzucha. Wielce pouczająca w téj mierze jest praca doświadczalna Ch. T. Parkesa (*Gunshot wounds of the small intestines.* Chicago, 1884. *Centralblatt f. Chir.*, 1885, Nr. 5) wydana w ostatnich czasach. Parkes ranił 37 psów strzałem w brzuch, z których 15 zginęło skutkiem nadwerężenia większych naczyń krwionośnych lub rozległego zniszczenia wewnętrznych narządów, jeden uległ tężcowi, a dwa lekko uszkodzone, skazane na wyczekiwanie przypłaciły to również życiem. Z pozostałych 19 ocalił Parkes 9 przez laparotomiję, podwiązanie zranionych naczyń i szew jelitowy, względnie wycięcie zmiażdżonych części jelita. Na podstawie powyższych doświadczeń wolno nam przy ranach postrzałowych u ludzi spodziewać się lepszych wyników, niżeli sobie to może dotąd rokowano.

Jeszcze rzadziéj próbowano dotychczas jąć się zabiegu operacyjnego w zapaleniu otrzewny, w przebiegu wrzodu żołądka lub jelita. Znam prawdziwie jeden jedyny przypadek (mający nieco podobieństwa do trzeciego z obserwowanych przezemnie), gdzie przy samoistném zapaleniu otrzewny na tle przedziurawienia otwarto jamę brzuszną i założywszy szew w jelicie osiągnięto wyleczenie. Omawiał go bliżéj Litten z okoliczności wspomnianego już wykładu Leydena w Towarzystwie lekarskiém berlińskiém o samoistném zapaleniu otrzewny. Prof. Litten podał mi łaskawie drogą listowną bliższe szczegóły dotyczące tego przypadku, w którym miało miejsce przedziurawienie jelita z nagromadzeniem się następowém obfitéj ilości kału i wypociny w jamie brzusznéj. Chory obserwowany w klinice Frerichsa, a operowany przez Schrödera, przedstawiał objawy ograniczonego zapalenia otrzewny, wychodzącego z prawego dołu biodrowego, a prócz tego okazywał rozległe zapalenie tkanki podskórnéj, zajmujące prawą połowę brzucha od więzu Pouparta aż do łuku żebrowego, połączone miejscami z zgorzelą skóry i odmą podskórną. Rozległe cięcie stworzyło odpływ silnie cuchnącéj ropie i odsłoniło w dolnym kącie rany przedziurawione jelito, zlepione brzegami otworu z powłokami brzusznemi, który dokładnie szwem zespojono. Po pięciu tygodniach nastąpiło wyleczenie z pozostaniem przetoki jelitowéj, która w dni kilka po operacyi otworzyła się w dolnym kącie rany.

przez otwór któréj położony w pobliżu pępka i mający długości 2cm. wypadła sieć. Chory wymiotował obficie krwią, a przy niebawem wykonanéj laparotomii (cięcie w linii białéj) znaleziono w jamie brzusznéj znaczną ilość krwi, ranę ziejącą w więzadle żołądkowo-okrężnicowém, a po rozszerzeniu téjże otwór w tylnéj ścianie żołądka $1\frac{1}{2}$cm. długi, $1\frac{1}{2}$ cala powyżéj wielkiéj krzywizny położony, przez który wysunęła się na zewnątrz błona śluzowa żołądka. Ranę spojono za pomocą 3ch szwów mięśniowych i 4 błonę surowiczą obejmujących, lecz toalety jamy brzusznéj ściśle nie przeprowadzono, gdyż operacyję z przyczyny szybko potęgującego się zapadu trzeba było raźno ukończyć. Mimo to objawy zapalenia otrzewny nie pojawiły się bynajmniéj, a chory wyzdrowiał w zupełności.

Billroth (*R. Wittelshöfer. Wr. med. Wochenschrift,* 1885, Nr. 3, *u. f. Casuistische Beiträge aus Prof. Billroths chir. Klinik. Operationen am Darme*) operował już po rozwinięciu się ropno posokowatego zapalenia otrzewny skutkiem przedziurawienia *S. romanum* przez ciało obce, którém był pendzel malarski *per rectum* wprowadzony. Po wydobyciu ciała obcego, odświeżono brzegi wrzodu, zespojono jelito i oczyszczono starannie jamę otrzewnową. Chory jednak umarł jeszcze tego samego dnia skutkiem zapadu już przed operacyją znacznie spotęgowanego. (C. d. n.)

IV. Dżuma w Iraku arabistańskim w r. 1884.

podał Dr. W. Jabłonowski w Bagdadzie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

Okres wylęgania. Kwestyją dość trudną do rozwiązania było wydanie mniéj lub więcéj pewnego zdania o czasie, jakiego potrzebuje dżuma do swego przyswojenia się i rozwoju cechujących ją pojawów. Przybywszy do miejsc dotkniętych zarazą w chwili, gdy ta ostatnia doszła już do punktu kulminacyjnego, zdołałem zebrać tylko następujące daty. Początek choroby był w Bedré zawsze i bez wyjątku szybki i gwałtowny, w Dżesanie i Zorbatye łagodniejszy, w Mendeli zaś 9 — 15 godzin wystarczało do przyswojenia, przebiegu i najczęściéj nieszczęśliwego zakończenia się choroby. Dochodzenia nad pewnemi oznakami mającemi poprzedzać przypady właściwe dżumie, przekonały, że nie tylko osoby, które następnie uległy zarazie, ale znaczna część mieszkańców w zakażonych miejscowościach, uskarżały się na ogólny stan osłabienia, utratę apetytu, nudności i niedający się określić stan niedomagania z bólami w przebiegu rdzenia pacierzowego. U jednych pojawy te ustępowały po kilku godzinach lub paru dniach, u innych, wikłając się z bardzo silnemi rwąco - piekącemi bólami w okolicy podpachowéj i w pachwinach, z wysokim stopniem ciepłoty występującéj po 5-ciu godzinach, były nieomylną oznaką, że osoba uległa zakażeniu. Dodać do tego wypada i nieznaczny stan odurzenia, lekki stopień utraty przytomności, poprzedzany gwałtownemi bólami głowy, jakiemu podlegali

wszyscy bez wyjątku, którzy następnie ulegli zakażeniu. Ztąd więc na przyswojenie się zarazy nie należało tu czekać koniecznie na przebieg owych za normę przyjętych ośmiu dni, lecz przeciwnie, po kilku godzinach ogólnego niedomagania, jeżeli takowe nie ustępowało zwykłemu stanowi zdrowia, byliśmy pewni, że uskarżający się jest zadżumionym. Forma zaś zarazy łagodna czy mordercza zdawała się zależeć od osobistych warunków chorego. Żyjący w nędzy, ubodzy i wyczerpani na siłach, kobiety podeszłego wieku, dzieci dotknięte zołzami i tak tu częstą łuszczycą, stawali się ofiarami zarazy, podczas gdy dostojniejsi, młodzież i w ogóle osoby żyjące w lepszych, choćby tylko domowych, warunkach higienicznych, pomimo że ulegali stanowi przejściowego niedomagania, pozostawali jednak wolnymi od właściwego zakażenia. Faktem zaś bardzo ciekawym i tu potwierdzonym jest nieprzyjmowanie się zarazy u tych osób, które przebyły dżumę w uprzednich jéj epidemijach. Spotykałem tu osoby noszące ślady blizn po dymienicach w okolicy pachwinowéj i sutkowéj; daléj blizny po wąglikach na szyi lub grzbiecie; wreszcie długie i twarde fałdy pozostałe po zagojeniu się ropni pod pachą. Wszyscy umieli złożyć przekonywające opisy przebytéj zarazy, od któréj pozostali jednak wolni w czasie ostatniéj epidemii. To dowodzi, że osoby, które dawniéj przebywały zarazę, zamiast przechowywać pewne usposobienie do łatwiejszego ponownego zakażenia się, przeciwnie pozostały od niego wolnemi. Okoliczność ta, niezgodna z powszechną opiniją, być może że jest następstwem miejscowych wyjątkowych warunków samego charakteru epidemii, a nie mniéj téż i pewnego stopnia oswojenia się z nią ludności, tak tu często nawiedzanéj przez przywleczoną zkądinąd dżumę. Potwierdzają to także lekarze, którzy obserwowali zarazę w latach uprzednich w Daharra i Szamieh, gdzie przy bardzo znacznéj śmiertelności wiele osób pozostało wolnemi od zarazy, uprzednio prawdopodobnie uległszy łagodnemu jéj stopniowi. Pewność o krótkim okresie przyswajania się zarazy; szybki powrót do zdrowia silniéj chwilowo uskarżających się, lub też zapadanie w stan gorączki z majaczeniem i szybko występującém obrzmieniem gruczołów limfatycznych, wskazując niewątpliwe i nieodwołalne zakażenie, pozwalały nam działać z całą energiją i takichto chorych poddawać natychmiastowemu odosobnieniu. Wypada się spodziewać, że podane właśnie fakty posłużą tu na przyszłość do złagodzenia lub téż najenergiczniejszego zastósowania przepisów kwarantanowych. Należy tylko zadać sobie trochę pracy i każdego, choćby najmniéj podejrzanego, badać ściśle i odpowiednio do spostrzeżonych objawów poddawać odłączeniu, lub pozostawiać na wolnéj stopie.

Przyczyny. Celem wykazania istotnych powodów sprzyjających rozwojowi dżumy w Iraku arabistańskim, uważam za konieczne zacytować najprzód wszystkie powody etyjologiczne uznane za wywołujące zarazę, ażeby następnie z licznego ich szeregu wyprowadzić li tylko te, które najnowszemi, na miejscu przeprowadzonemi, doświadczeniami zostały uznane za istotne. Już Senac i Pruss, których sprawozdania o dżumie należy uważać za najdokładniejsze, podają następujące przyczyny jako wywołujące zarazę: 1) nagromadzenie się znacznéj ilość istot zwierzęcych i roślinnych w stanie rozkładu; 2) powietrze gorące i wilgotne; 3) niedostateczne i niezdrowe pokarmy; 4) mieszkanie w miejscowościach bagnistych lub należących do formacyi napływowéj; 5) domy przepełnione mieszkańcami, niskie i niedostatecznie przewietrzane; 6) zaniedbanie przepisów higienicznych; 7) nędza fizyczna i moralna. Do tego wykazu pośpieszam dodać uważane przez epidemijologów Wschodu okoliczności takie jak powodzie, a także podług doświadczeń oznajomionego z dżumą egipską Clot-bey'a wpływy zmian atmosferycznych i przyrzuty nieznane, lecz których istnienie potrzeba tylko potwierdzić jeszcze drobnowidem. Gdy teraz szereg tych dat etyjologicznych przeniesiemy do miejscowości, w któréj miałem sposobność przeprowadzić osobiste poszukiwania, wypadnie mi potwierdzić trafność powyżéj zacytowanych przyczyn, których znaczenie w Iraku podnoszą jeszcze najfatalniejsze stosunki higijeniczne prowincyi. Z wyjątkiem bowiem klasy urzędniczéj i małéj liczby zamożniejszych mieszkańców, warstwy średnia i uboga ludności rodzą się, żyją i umierają w największém nieochędóstwie. W miejscach zaś, gdzie ludność jest pomięszaną z przybyszami z Persyi, tam usiłowania nad przeprowadzeniem, choćby najelementarniejszych, ulepszeń higijenicznych, nigdy nie dały się zastósować.

Jedną zaś z przyczyn słusznie uważanych za miejscową i równie jak inne sprzyjającą rozwojowi dżumy, są wylewy wód Mezopotamii. Wiemy już z wyżéj podanego zarysu topograficznego, jak licznemi są tu zbiorniki wód. — Tutaj to więc powodzie, zwłaszcza tak potężne jak w roku 1884, zdają się odgrywać bardzo ważną rolę. One to spotykając na swéj drodze najprzód przestrzenie corocznie osadzonych warstw mułu gliniastego, rozwilżają je, podtrzymując wilgoć przez kilka miesięcy. Uwzględniając zaś opiniję Boudina, że warstwy podobnego mułu wytwarzają wyziewy gnilne, a zatém i sprzyjają rozwojowi chorób zakaźnych, wypada mi podać jako pewnik, że i w Iraku arabistańskim rozwilżone jego warstwy są jedną z przyczyn zanieczyszczających powietrze. Daléj prądy wody, podnosząc stopień wilgoci w stertach istot rozkładowych tak zwierzęcych jako i roślinnych spotykanych tu na całym pasie ich przebiegu, po miastach, wsiach i pośród koczujących pokoleń arabskich, tém samém rozbudzają do życia miriady mikrobów, czekających tylko na pierwszy promyk cieplejszego słońca, pierwszy sprzyjający prąd wiatru, aby wytworzyć zaduchy mordercze. Nie tylko jednak do tego ograniczały się wpływy wykolejonego ze swego łoża pierwiastku. Prócz bowiem wiecznie istniejących stert nieczystości powstawały jeszcze inne, również czysto miejscowe. Gwałtowne prądy wody w Tygrze rozrywając wybrzeża niszczyły cmentarze. Zwłoki zagrzebane w niegłębokich bo tylko 40sto cm. dołach, stawały się własnością prądu, który też i wyrzucał je w miejscowościach dość nawet odległych od wybrzeży. Miało to właśnie miejsce z cmentarzami w okolicach Samawy i Bagdadu, i kwestyja pływających i osadzanych w pustyni nieboszczyków stała się tu tradycyjną. I jeżeli hijena lub szakal nie uraczyły się tak niespodzianą zdobyczą, nikt się nie zajął usunięciem zwłok, i wtedy szybki ich rozkład wywoływał wiadome następstwa.

Każdą z przyczyn powyższych poddałem szczegółowemu badaniu celem zapewnienia się, która z nich odgrywa najważniejszą rolę w wywoływaniu zarazy. Uwzględnienie dostępnych dat miejscowych doprowadziło mnie do przekonania, że żadna z nich nie działa samoistnie, a tylko wspólne ich działanie wytwarza wpływy, które wzmocnione przypuszczalném istnieniem właściwych i wyłącznego, zdaje się, rodzaju zarodków organicznych, należy przypuścić jako przyczynę wywołującą dżumę w Iraku.

Inną przyczyną cechy czysto miejscowéj jest zdaniem

Dra Lubicza, epizocyja pośród wielbłądów, zawsze poprzedzająca dżumę. Ludność jada mięso chorych zwierząt; zniszczone trzewa, płuca i szkielet pozostawiając na powietrzu. W tento sposób wprowadzając do ustroju pierwiastek zakaźny, wytwarza dlań nowe ognisko rozkładu. Okoliczność ta jednak nie da się policzyć do przyczyn wywołujących zarazę, a tylko łącznie z innemi i ona zdaje się wywierać swój wpływ. Prócz przyczyn miejscowych na peryjodyczne wybuchy dżumy w Iraku wpływa potwierdzone doświadczeniem przenoszenie zarazy z pobliskich okolic Lurystanu perskiego. Bezustanne stosunki mieszkańców, charakter endemiczny dżumy w pewnych prowincyjach Persyi, tłumaczą nam dostatecznie łatwość, z jaką zaraza zwykła się przedostawać do Iraku, jednocześnie jednak zaprzeczają zdaniu, jakie spotykamy w opowiadaniach naszych poprzedników, że dżuma na tureckim Wschodzie jest chorobą powstającą w sposób dobrowolny. Jeżeli tak być mogło lub może bywa czasem w Egipcie, to tutaj kwestyja ta nie da się potwierdzić przekonywającemi dowodami, dżuma bowiem w Iraku była zawsze przywleczoną z Persyi. Nie mniéj jednak prowincyja ze swą stolicą, kilkoma miastami, jak starożytna Kufa Noego, Nedżeff, Kerbela, Lamlum i licznie rozrzuconemi w pustyni tak zwanemi „Zayretami,“ do których fanatyczna sekta mahometan Szeitów przewozi z najdalszych okolic Persyi ciała swych nieboszczyków, są punktami, gdzie warunki sanitarne i higijena publiczna pozostają w najopłakańszym stanie. — Wieczna wilgoć, przenikająca w porze jesiennéj, latem powstrzymująca oddech; sterty istot zwierzęcych i roślinnych, przepełniających domy, ulice i place publiczne; nieczystości ciągle powiększane nowemi warstwami; grunt przesycony istotami w stanie gnilnego rozkładu, wreszcie najgorsza woda do picia, oto warunki, w jakich żyją tutejsi mieszkańcy. Dodajmy do tego lepianki z błota lub słomy, lub pewne przestrzenie otoczone wiązkami trzciny, gdzie człowiek mieszka wspólnie ze zwierzętami domowemi, oddychając powietrzem bagien, lub wyziewami z gnijących resztek istot organicznych, a łatwo zrozumiemy, dla czego ludność tutejsza tak często bywa nawiedzaną przez choroby zakaźne. W tychto więc stertach gnijących nieczystości znajduje się prawdopodobnie ognisko, przechowujące czy też sprzyjające wylęganiu się zarazków zabójczych dżumy, jeżeli, jak już powiedziałem, zaraza nie zostaje przeniesioną z Lurystanu perskiego.

Oto daty najpewniejsze dotyczące etyjologii dżumy w Iraku arabistańskim. Czy zaś wiek, płeć i temperament powiększają skłonność zakażenia się? o têm przynajmniéj na teraz nic pewnego nie jestem w stanie podać. Mniemanie zaś, że wielkie znużenie, nadużycie sił ustrojowych, przestrach i wzruszenie moralne wywierać mają pewien wpływ na łatwość zakażenia się, w spostrzeżeniach tu zebranych nie znajduje przekonywającego poparcia. Być może, że w społeczeństwach pozostających w innych warunkach bytu, gdzie drażliwość uczuciowa jest bardziéj rozwiniętą, tam przestrach i wrażenie moralne mogą odgrywać pewną rolę. Tutaj jednak, ludność tak często nawiedzana przez choroby zakaźne, do pewnego stopnia oswoiła się z niemi, tak, że zaufana tylko w siłę przeznaczenia, z godną podziwu obojętnością przebywać zwykła peryjod trwania epidemii lub też staje się ofiarą morderczéj jéj siły!

Dzisiejsze poszukiwania nad etyjologicznêm znaczeniem mikroorganizmów, świetne rezultaty otrzymane na drodze tych doświadczeń, pozwalają spodziewać się, że i w kwestyi zarodków właściwych dżumie także wypowie się zdanie stanowcze. Na to czekamy. Z uwzględnienia jednak przyczyn i ścislego studyjowania ich w miejscach dotkniętych zarazą doszedłem do przekonania, że dotychczasowe zapatrywanie higijenistów, iż dżuma da się pomieścić w jednym rzędzie z cholerą, durem i febrą żółtą i że zawdzięcza swe powstanie zaduchom nieznanego rodzaju, szerzącym się drogą prądów powietrznych, nie jest zgodnêm z datami spotykanemi w praktyce. Badania bowiem przeprowadzone w Iraku przekonały nas, że jeżeli dżuma w przyczynach sprzyjających jéj powstaniu zbliża się do febry żółtéj podzwrotnikowéj, to przeciwnie na szerzenie się jéj prądy powietrza wywierają, zdaje się, wpływ bardzo podrzędny, a może żaden. Samo wreszcie położenie miejscowości, w jakiéj się rozwijają dwie te choroby, stanowczo wyróżnia febrę żółtą od dżumy. Albowiem podczas gdy pierwsza w okolicach np. Vera-Cruz dochodzi do wyżyn 928 metrów, dżuma zwykła się szerzyć tylko w dolinach, czy one są otwarte czy też otoczone pasmami wzgórz. Na poparcie tego mogą posłużyć doliny Lurystanu perskiego, gdzie zaraza panuje nagminnie, a także i cytadela w Kairze, która przez swe wyniosłe położenie, nigdy nie ucierpiała od dżumy. Wiadomo zaś, że zaraza ta znaną była w najgłębszéj starożytności, i wtedy wylewy rzek i głód były, zdaje się, jedynemi przyczynami sprzyjającemi powstaniu zarazy; wylewy Tybru za czasów cesarzy Klaudyjusza i Marka Aurelego wywołały dżumę, o któréj wiemy z historyi Rzymian; daléj wylewy Padu, Dunaju, Tamizy i Tagu, mianowicie zaś pierwszego, miały w swêm następstwie dżumę, która tak strasznie zniszczyła ludny Medyjolan i którą Manzoni w tak wzruszający opisał sposób. Wreszcie Egipt, Wetlianka i Irak arabistański! Słowem przyczyn sprzyjających nie brakowało. Lecz wykazanie istotnego powodu, tego to: „*E pur si muove*“ zawdzięczymy może dopiero współczesnym nam badaczom. (C. d. n.)

V. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

XVI.

Śmierć w wodzie; morderstwo czy samobójstwo.

Skreślił Prof. Dr. Blumenstok.

D. 6 lipca Fedko Z., lat 67 liczący gospodarz udał się pod wieczór na robotę do młyna, będąc zdrowym a przynajmniéj do pracy zdolnym. Nie powrócił on więcéj do domu, a w nocy z 6 na 7 lipca znaleziono go nieżywego, leżącego w wodzie głębokiéj niedaleko młyna twarzą na dół a z kamieniem ważącym 21 kilogr., przymocowanym do szyi za pomocą powrozu. Ponieważ powstało podejrzenie, że Fedko Z. został utopionym przez własnego zięcia, przy pomocy brata, więc obydwóch uwięziono i polecono wykonanie sekcyi sądowéj na zwłokach denata.

Sekcyja odbyta d. 9 lipca przez lekarzy sądowych Dra A. i chirurga B. wykazała co następuje:

Oględziny zewnętrzne: 1) Zwłoki mężczyzny 67 lat liczącego wzrostu wysokiego, dobréj budowy miernie odżywionego. Głowa pokryta długim włosem jasnéj barwy, twarz cała i uszy sino zabarwione, na brodzie i licach zarost siwy; kolana i stopy sine. Rogówki na obu oczach zamglone, zewnętrzna połowa spojówki prawéj gałki ocznéj krwią podbiegnięta, ciemno-czerwono nastrzykana.—2) Na górnym przednim brzegu lewéj muszli usznéj zdarcie przyskórka zeschnięta, a drugie zdarcie wilgotne na brzegu środkowéj

części chrząstki, po nacięciu tych obydwóch nie widać podbiegnięcia w tkankach podskórnych.—3) Jama ust próżna.—4) Na szyi z przodu na lewo od górnego brzegu krtani poziome paskowate zdarcie przyskórka, powierzchowne, prawie 2 cm. długie 2—3 mm. szerokie, po nacięciu nie jest krwią podbiegnięte.— 5) Z prawéj strony szyi tuż po nad dołkiem nadmostkowym zdarcie przyskórka nieregularnie okrągłe objętości talara, po nacięciu nie ma także podbiegnięcia krwią.—6) Na klatce piersiowéj z przodu z obydwóch stron dwa powierzchowne zdarcia przyskórka, z których jeden na prawéj stronie po nacięciu nieco krwią podbiegnięty, na brzuchu poniżéj pępka widać także od prawéj ku lewéj stronie w całości do 8 cali długości jednostajne całkiem powierzchowne zdarcie przyskórka paciorkowato ułożone po nacięciu nie podbiegnięte krwią, jakby od ugniecenia lub uciśnięcia.—7) Na prawym przedbarku w dolnéj połowie znajdują się cztery zdarcia przyskórka, trzy z nich są paskowate od pół do $1\frac{1}{2}$ cm. długie, czwarte nie jednostajnie okrągłe objętości pół centa, po nacięciu nie ma nigdzie podbiegnięcia krwią. — 8) Na stronie grzbietowéj w dolnym końcu lewego przedbarku, daléj na lewéj dłoni i na palcu wskazującym oraz środkowym znajdują się także takie powierzchowne zdarcia przyskórka podłużne, paskowate lub też wielkości pół groszku, tylko jedno z nich na palcu wskazującym jest trochę krwią podbiegnięte.— 9) Na plecach i w okolicach lędźwiowych w równéj wysokości ze znakiem poniżéj pępka opisanym znajduje się także grupa niejednostajnych powierzchownych zdarć przyskórka, drobnych, okrągławych, odosobniono obok siebie ułożonych, z których tylko dwa z lewéj strony są po nacięciu krwią podbiegnięte. Zresztą nie ma śladów żadnych na skórze podejrzanych o gwałt zewnętrzny, nie widać także na karku żadnych zdarć oprócz poprzednio z przodu na szyi opisanych, tylko po nad prawą łopatką znajduje się w różnych miejscach trzy okrągłe sino zabarwione znaki, każdy wielkości małego groszku, które po nacięciu nie są krwią podbiegnięte.

B) O g l ę d z i n y w e w n ę t r z n e 10) Czaszka gruba, nigdzie nie uszkodzona. — 11 Opona twarda mózgu jest dosyć przekrwiona, mózg sam i móżdżek są prawidłowe, w komórkach bocznych znajduje się nieco surowicy ciemno-różowéj.—12) Kość gnykowa nie uszkodzona.—13) Gruczoł tarczykowy powiększony, jama krtani próżna, jéj błona śluzowa nieco obrzmiała, zaczerwieniona, chrząstki stwardniałe, nieuszkodzone.—14) Po otwarciu klatki piersiowéj stwierdzono, że żebra nie są nigdzie uszkodzone. 15) Oba płuca lekko przyrośnięte do opłucny żeber, prawe trochę więcéj niż lewe, po nacięciu trzeszczą i wydają wszędzie na powierzchni przeciętéj i pod uciskiem krew czarniawą i obfitą ilość śluzu spienionego, osobliwie lewe płuco. — 16) W osierdziu około 4 do 5 łyżek surowicy, serce samo powiększone, częściowo tłuszczem pokryte, komórka prawa cienka, wiotka, lewa jest w swych ścianach bardzo znacznie zgrubiała, obie są próżne, zastawki prawidłowe.—17) Wątroba dość znacznie powiększona, miernie przekrwiona, pęcherz żółciowy zawiera małą ilość żółci blado-żółtéj, rzadko płynnéj. — 18) Żołądek znacznie rozszerzony zawiera treść pokarmową płynną na pół strawioną, błona śluzowa pofałdowana i blada.—19) Śledziona prawidłowa.—20) Nerki obie powiększone, silnie przekrwione, torebka ich z łatwością zdjąć się daje.— 21) Jelita gazami wydęte.—22) Pęcherz moczowy próżny.

Na podstawie wyniku sekcyi pp. obducenci wydali następujące o r z e c z e n i e:

Powodem śmierci było w tym przypadku ostre obrzęknienie płuc, w skutek powstrzymanego oddechania. Stan ten mógł być wywołany przez uciskanie obcą ręką krtani i zatkanie nosa i ust, lub też tylko przez sam ucisk na krtań, albo też przez utopienie umyślne przez drugich uskutecznione,—albo wreszcie przez utopienie się samobójcze. Przy śmierci z utonięcia zajdujemy w zwłokach p ł y n w o d n i s t y w k r t a n i, lub przynajmniéj w t c h a w i c y i w ż o ł ą d k u, czego w tym razie nie ma; przytém woda, w któréj zwłoki znaleziono, była za płytka, a kamień na szyi stosunkowo z a l e k k i (20 kilogrm.), aby go człowiek dorosły dobréj budowy nie mógł ze sobą udźwignąć. Powyższe okoliczności nie przemawiają więc za tém, że uduszenie było wywołane przez utopienie; a z tych powodów i samobójstwo należy wykluczyć, tém więcéj, że na ciele w różnych miejscach, zwłaszcza na rękach, przedbarkach, na szyi i piersiach znaleziono znaki gwałtu zewnętrznego, pochodzące od obopólnego szamotania się i przy bronieniu od napastników. Znaki te pochodzą od drapania paznokciami lub uciskania i tarcia o skórę przedmiotem chropawym, lub przynajmniéj nie zbyt gładkim o powierzchni szerokiéj, np. na szyi z prawéj strony. Przy zagardleniu, tj. przy uciskaniu na szyję znajdują się zwykle charakterystyczne odciski na skórze szyi, z jednéj strony od góry na dół przebiegające, pochodzące od paznogci palców. Tego tu nie widać, tylko są znaki, opisane przy oględzinach pod l. 4 i 5. Te mogły w ten sposób powstać, że człowiek był pochwycony za koszulę i znak pod l. 5, może pochodzić od ugniatania ostrą koszulą z grubego płótna, jaką zwykle nasi wieśniacy noszą, a znak pod l. 4 także od brzegu koszuli lub prędzéj od paznokcia. Nie znaleziono tu złamania chrząstek krtaniowych, co się w takich razach często zdarza, bo krtań u człowieka starszego była twarda gruba, chrząstki więcéj skostniałe.

Że znaki powierzchowne, przy oględzinach opisane, po większéj części nie były krwią podbiegnięte, pochodzi ztąd, że po krótkotrwałéj walce nastąpiła zaraz śmierć i wrzucono go zaraz do wody. Przytém były to same powierzchowne zdarcia przyskórka, dlatego nie przedstawiały charakterystycznych różnic od znaków pośmiertnych.

Nie są to także nadgryzienia od zwierząt wodnych, bo te zupełnie inaczéj wyglądają. Znaki pod l. 6 i 9 powstały najprawdopodobniéj przy wyciąganiu zwłok z wody, do czego drewnianą hakowatą laskę założono na rzemień,—pochodzą więc od tarcia rzemieniem lub sznurkiem i brzegiem spodni płóciennych. Sznur na szyi był wolno założony na kołnierz koszuli, dlatego nie pozostawił żadnych śladów na skórze.

Należy zatém orzec, że śmierć nastąpiła tu w skutek zagardlenia, poczém zwłoki wrzucono do wody. Do uskutecznienia tego musiało być kilku, tj. t r z e c h, a n a j m n i é j d w ó c h n a p a s t n i k ó w silnych, którzy niespodziewanie o f i a r ę s w ą n a g l e n a z i e m i ę p r z e w r ó c i l i, a p o t é m j e d e n z a r ę c e t r z y m a ł, a d r u g i g n i ó t ł k r t a ń i p i e r s i.

Sąd z powodu ważności sprawy, zwlaszcza gdy posądzonym żadnéj winy nie można było wykazać, odesłał akta do Wydziału lek., żądając odpowiedzi na pytanie następujące:

1) Czyli znaki powierzchowne na zwłokach Fedki Z. znalezione pochodzą od gwałtu zewnętrznego temuż za życia zadanego lub nie?

2) Czyli śmierć Fedki Z. nastąpiła w skutek uduszenia na powietrzu, lub w skutek utopienia w wodzie; wreszcie

3) Czyli ze stanowiska wiedzy lekarskiéj są dane do orzeczenia i jakie, iż Fedko Z. zmarł śmiercią gwałtowną, lub w skutek samobójstwa.

Odpowiedź Wydziału opiewała:

Na pytanie 1. Z otarć znalezionych na ciele Fedki Z. tylko jedno na klatce piersiowéj (Nr. 6 prot.), jedno na palcu wskazującym ręki lewéj (Nr. 8) oraz dwa na grzbiecie (Nr. 9) okazały się nieco krwią podbiegniętemi. O tych otarciach można twierdzić, że prawdopodobnie powstały za życia skutkiem uderzenia narzędziem tępém lub uderzenia się lub otarcia o takowe, ale nie dowodzą one jeszcze gwałtu Fedce Z. zadanego, bo mogły powstać przypadkiem wśród upadnięcia. Zresztą pp. obducenci sami nie musieli nabrać przekonania o powstaniu wszystkich tych otarć za życia, skoro w orzeczeniu swém twierdzą, że otarcia pod l. 6 i 9 opisane najprawdopodobniéj powstały śród wyciągnienia zwłok z wody. Tym sposobem nie ma dowodu pewnego, jakoby Fedce Z. w ogóle za życia gwałt zadano.

Na pytanie 2. Sekcyja nie wykazała przyczyny śmierci, ale też nie wykazała zmian anatomicznych, któreby mogły wytłumaczyć szybką śmierć człowieka poprzednio zdrowego, a przynajmniéj pracą zajętego, ale téż właśnie dlatego przypuścić można, że śmierć nastąpiła z uduszenia. Za uduszeniem przez ucisk wywarty na drogi oddechowe a w szczególności za uciskiem na szyję nic nie przemawia, ale też nic nie przemawia przeciw uduszeniu w płynie. Jakkolwiek więc nie można wykluczyć bezwzględnie uduszenia np. przez zatkanie ust i nosa, to o wiele prawdopodobniejszém zdaje się być śmierć we wodzie.

Na pytanie 3. Ze stanowiska sądowolekarskiego nie ma żadnych podstaw do twierdzenia, że Fedko Z. zmarł śmiercią gwałtowną a przeciwnie nic nie przemawia przeciw samobójstwu. Można tylko wykluczyć śmierć w wodzie przypadkową, bo wielki ciężar zawieszony na szyi wyklucza przypadek i przemawia raczéj za samobójstwem, a wiadomo z doświadczenia, że ciężarami takiemi posługują się często ludzie szukający śmierci w wodzie, aby cel zamierzony tém pewniéj osiągnąć.

Już kilkakrotnie zwracaliśmy uwagę w ciągu niniejszych sprawozdań, jak mylném jest zdanie, że w śmierci z utopienia napotyka się zazwyczaj płyn w drogach oddechowych i pokarmowych, że więc brak onego przemawia przeciw śmierci we wodzie. Jest to błąd bardzo niebezpieczny, jak tego dowodzi przypadek niniejszy, w którym nic nie przemawiało przeciw śmierci we wodzie, a względnie utopieniu się, a jednak obducenci nie mogąc wyzwolić się z pod wpływu zastarzałego błędu wykluczyli śmierć w wodzie i popadli w błąd jeszcze większy, dowodząc, że uduszenie nastąpiło przez zadławienie, a tém samém ręką obcą. Przypuściwszy raz morderstwo unieśli się fantazyją przedstawiając szczegóły walki, tak jakby byli jéj świadkami, twierdząc, że denat naprzód przewrócony został na ziemię, że potém jeden napastnik trzymał go za ręce, a drugi gniótł krtań i piersi; dowodząc wreszcie, że do uskutecznienia téj czynności potrzeba było kilku, tj. trzech a najmniéj dwóch napastników i to silnych, utwierdzili tém samém sędziego w podejrzeniu, że uwięzieni przez niego są istotnie mordercami. Kombinacyja sądowolekarska ma wprawdzie swoje prawa uzasadnione, ale tylko wtedy, gdy jest wynikiem pewnych dat, nie ulegających zaprzeczeniu lub nieprzypuszczających żadnego innego tłumaczenia, w przeciwnym razie staje ona się w ręku niedoświadczonego bronią straszną, bo godzącą w niewinnych. W danym przypadku żaden inny wniosek nie był dozwolony, jak że Fedko Z. zmarł z uduszenia, a ponieważ znaleziono go w wodzie, wypadało przypuścić, że uduszenie nastąpiło tamże, kamień wreszcie przymocowany do szyi, a który nawiasowo mówiąc, wcale nie był lekkim, przemawiał za utopieniem się; wprawdzie możebném byłoby, że Fedko Z. został uduszony a po śmierci dopiero do wody rzucony, — ale w takim razie chyba wypadałoby przypuścić, że uduszony został przez zatkanie ust i nosa, co u dorosłych i trzeźwych nigdy prawie się nie zdarza, a wtedy i ów kamień u szyi zawieszony własnym powrozem denata jeszczeby dał do myślenia. Ale żadną miarą nie można było orzec, że nastąpiło zadławienie, skoro nie było na szyi zmian charakterystycznych, skoro w ogóle nie było wybitnych śladów obrażenia na ciele, a w przypadkach tak wątpliwych nie tylko nie wypada gwoli teoryi i to mylnéj obciążać sumienie swoje, ale jest zasadą sądowolekarską orzekać *in mitius*.

VI. Oceny i sprawozdania.

Biedert i Sigel. **Zapalenie płuc przewlekłe, suchoty i gruźlica prosówkowa.** Podał Dr. A. Obrzut, 1szy asystent zakładu patologiczno-anatomicznego w Pradze czeskiéj.

W rozprawie pod powyższym tytułem zajmującéj aż 97 stronnic starali się autorowie podać bliższy stosunek między objawami klinicznemi zapalenia płuc chronicznego, suchót i gruźlicy prosowkowéj, a objawami anatomicznemi tych chorób. Punktem wyjścia było dla nich zachowanie się laseczników pod względem ich ilości lub braku w plwocinach lub złogach gruźliczych.

Na podstawie dosyć obfitego, bo aż 100 przypadków obejmującego materyjału, przychodzą autorowie do następujących wniosków:

1. W wielkiéj ilości przypadków mimo wyraźnych lub wątpliwych objawów suchót płucnych nie znaleźli po jedno- lub więcéj razowém badaniu plwocin żadnych laseczników w tychże, wnoszą ztąd, że proces chorobowy w płucach przebiegał bez laseczników.

2. W szeregu innych przypadków z początku choroby nie znachodzili w plwocinach laseczników, w dalszym jednak przebiegu zjawiały się takowe w plwocinach w mniejszéj lub większéj ilości, co tłumaczą sobie autorowie tém, że nastąpiło w tych przypadkach zakażenie nacieków w płucach lasecznikami.

3. W skutek tych okoliczności wydają autorowie sąd potępiający całą naukę Kocha; według nich gruźlica nie jest chorobą infekcyjną lub nawet zaraźliwą, bo laseczniki, jakkolwiek są według nich właściwemi tylko tej chorobie, to przecież rozwijają się dopiero w gruźliczo zmienionych płucach, są czémś przypadkowém, następowém.

Jak widzimy przyszli autorowie do bardzo ważnych rezultatów, godnych ich mozolnéj pracy.

Przypatrzmy się teraz nieco bliżéj, jakim to materyjałem rozporządzali autorowie i jak przedstawiają się premisy tak ważnych wniosków.

Do przypadków gruźlicy bez laseczników w plwocinach zaliczają np. i następujące: str. 111 przypadek Nr. 51. T. L. 19 letnia bardzo anemiczna, gorączkowy naciek prawego szczytu, późniéj wypocina opłucnowa prawa, ciężka błednica, daléj str. 112 p. 54 S. X. 60letni pijak, małe stłumienie nad

i pod obojczykiem po stronie lewéj, lekka chrypka, daléj p. 55 jedynastoletnia karlica, ciężkie zapalenie płuc dławcowe w prawym płacie górnym, po 3 tygodniach żadna rezolucyja nacieku. Do badania użyto śluzu, który pędzlem wydobyto z gardła (!) p. 56 F. M. 41 lat licząca garbata, bóle w grzbiecie przez 4—5 tygodni, silne stłumienie pod i nad obojczykiem, wdech osłabiony, wydech zwolniony, bez gorączki. Tym przypadkom podobnych znajduje się jeszcze cały szereg w publikacyi autorów.

Przypuszczać należało, że aby orzec, że w plwocinach gruźliczych nie ma laseczników, rozpoznanie kliniczne choroby nie powinno było ulegać żadnéj wątpliwości a przypadki takie z wszystkiemi szczegółami powinni byli autorowie opisać. Dla nich jednak wystarczało lekkie stłumienie w szczytach, lub krwioplucie lub wreszcie ból między łopatkami do rozpoznania gruźlicy; dla nich zdaje się inne choroby, jak np. zapalne, nie istnieją w płucach prócz gruźlicy i u każdego chorego na płuca szukali laseczników choćby w śluzie wydobytym za pomocą pędzla z gardła. Przypadki te zestawili autorowie jako: „Bacillenfreie Fälle“. O ile mi wiadomo, nikt dotąd nie twierdził, że laseczniki znajdują się zawsze w plwocinach suchotników, ale też także nikt nie wykluczał ich w naciekach gruźliczych w płucach z tego powodu, że ich nie ma w plwocinach. — Aby laseczniki znachodziły się w plwocinach, potrzeba, aby źródło, z którego pochodzą, komunikowało z drogami oddechowemi; czy to musi mieć zawsze miejsce, autorowie wcale nie uwzględniają. Przypadki wolne od laseczników, zestawione przez autorów, nic dowodzą niczego, a wniosek autorów wysnuty z tych przypadków o istnieniu gruźlicy bez laseczników nie ma najmniejszéj naukowéj podstawy. Tak samo rzecz się ma i z przypadkami zestawionemi przez autorów, w których dopiero po upływie jakiegoś czasu znachodzili laseczniki w plwocinach, a zestawionemi na dowód, że w nich nastąpiło zakażenie lasecznikami złogów gruźliczych w płucach już oddawna istniejących, bo znalezienie laseczników w plwocinach w tych przypadkach dowodzi tylko tyle, że ich zródło w płucach zaczęło komunikować z oskrzelami. — Kto sobie przedstawi wszystkie możebne zmiany anatomiczne w płucach gruźliczych, pojmie łatwo, w jakich to przypadkach występują laseczniki w plwocinach; dla autorów naszych było to rzeczą podrzędnéj wagi.

Nie mniéj źle ma się rzecz i z techniką mikroskopową autorów; kto się zadowala suchemi systemami Hartnacka w badaniach plwocin, ten nie zawsze znajdzie laseczniki, chociaż takowe znajdują się tam rzeczywiście. Lasecznik ukryty wśród jąder i mas ziarnistych barwą kontrastującą zabarwionych napewno tylko olejną imersyją i przyrządem Abbego da się wykryć. Dwa preparaty suche (Deckglaspräparate) wystarczające dla autorów do ich orzeczenia o istnieniu laseczników w plwocinach, są również niedostatecznemi do stanowczego rozstrzygnięcia tego pytania.

Różne odmiany laseczników, o jakich Biedert i Sigel wspominają, miał każdy sposobność obserwować i nie jest to nic nowego. Do nazw przez autorów używanych: „Haufenbacillen“ „Körnchenbacillen“, „plumpe Bacillen“, można na podstawie obrazów obserwowanych za pomocą powiększeń 450, jak to autorowie czynili, wynaleść jeszcze dziwniejsze formy laseczników. Ich „plumpeBacillen“, „Haufenbacillen“ obserwowane za pomocą immersyi Reicherta przedstawiają się przecież tylko jako konglomeraty pojedynczych laseczników z zarodkami lub bez nich. Z tego powodu niesłusznym jest zarzut, który autorowie czynią rycinom w ostatniéj monografii Kocha umieszczonym.

Cała zatém publikacya autorów, chociaż długa i z wielkim mozołem napisana, nie udowodniła niczego a jest tylko przestrogą dla wszystkich, którzy w chęci wynalezienia czegoś nowego targają się na prawdy tak dobrze zbudowane, jak cała nauka Kocha o etyjologii gruźlicy. (Virchowa Arch. 98, 1).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

Sekcyja lwowska

XII. Zwyczajne naukowe posiedzenie Sekcyi lwowskiéj dnia 20 grud. 1884.

Przewodniczący kol. Widmann. Obecnych członków 21 i Dr. Schaitter z Krakowa jako gość.

Kol. Laskiewicz odczytuje pierwszą część swej rozprawy: „O środkach nasennych w ogólności i o paraldehydzie w szczególności. — Treść tego wykładu w skróceniu jest następująca:

Prelegent przytacza najpierw środki higijeniczne i dyjetetyczne mogące wpływać na zmniejszenie snu lub sprowadzać tenże — wspomina o alkoholach, o łagodnych nasennie działających lekach, o środkach hydropatycznych, daléj o ozonie i środkach nasennych wątpliwéj wartości, jak *Piscidinie*, *Hyoscyaminie*, *Hyjoscinie*, Bromku potasu, *Amylnitricie*, *Acidum et Natr. lacticum*, *Extr. lactucariae*, *Cannabis ind.* i t. p.; daléj o nieco pewniéj nasennie działających lekach, jak *brometylu*, *Cannabin. tannic*, *chloroformie*, i t. p.; omawia przetwory makowca jako środki pewnie nasennie działające (*morfin*, *narcein papawerin*, *kodein*, i t. d.), wreszcie mówi o chloralu. Przy ostatniéj grupie zatrzymuje się nieco dłużéj — zwłaszcza przy chloralu — i prosi kolegów aby swoje zdania co do chloralu także wyjawić zechcieli. — Doszedłszy w ten sposób do paraldehydu i acetalu przyrzeka o tych środkach mówić na następném posiedzeniu.

Nad odczytaną częścią wszczęła się dyskusyja, w któréj kol. Pisek zapytuje prelegenta, dla czego nie wspomniał nic o *hyoscinum hydrojodicum*, zalecaném w najnowszych czasach. Daléj nadmienia, że obecnie Rossbach i Nothnagel nie zalecają przetworów makowca (*Opium*, *Tra. opii* i t. p.) tylko alkaloidy. Kol. Merunowicz przytacza, że prelegent, omawiając działanie chloralu, trzyma się teoryi Liebreicha, według któréj chloral rozkłada się we krwi na chloroform i kwas mrowkowy, gdy tymczasem badania nowsze Tomaszewiczównéj są zupełnie przeciwne teoryi Liebreicha. Kol. Schaitter z Krakowa przytacza na poparcie wzmianki, że choral wywołuje erozyje w żołądku, przypadek śmierci pewnéj dziewczyny, któréj lekarz z powodu bólów głowy, stwierdziwszy przedziurawienie błony bębenko-wéj i zapalenie ropne ucha wewnętrznego, zapisał na ukojenie bólów 5% rozczyn chloralu. Po zażyciu 3éj łyżki chloralu dziewczyna umarła, a ponieważ stwierdzono, że żadnych innych leków nie zażywała, sekcyja zaś zwłok wykazała w żołądku wybroczyny, wyżerki i ropne zapalenie opon mózgowych, przeto prof. Blumenstok podejrzywał w tym przypadku otrucie chloralem. — Kol. Pisek zauważa na to, że przypadek przez kol. Schaittera przytoczony byłby ważnym ze względów terapeutycznych, albowiem niektórzy zalecają chloral właśnie przeciwko wrzodom żołądka (*ulcus ventriculi rodens* i t. p.), co byłoby zupełnie przeciwwskazaném, jeżeliby chloral miał wywoływać wybroczyny i wyżerki. — Ponieważ prelegent wspomniał o antyseptycznych własnościach chloralu, przeto dodaje kol. Wiktor, że już dawno prof. Teichmann zaleca chloral jako środek autyseptyczny do konserwowania preparatów anatomicznych i tak prof. Teichman jakoteż prof. Kadyi dawno używają chloralu do konserwowania preparatów z jak najlepszym skutkiem, nierzadko z lepszym skutkiem niż spirytusu i t. p. co także potwierdza kol. Ziembicki. Co do morfinu oświadcza kol. Ziembicki, że często napotyka się chorych nieznoszących najmniejszych nawet dawek morfinu (2—3 krople 1% rozczynu morfinu), o czém się niejednokrotnie przekonał, zwłaszcza kobiety histeryczne i dzieci okazują często po najmniejszych dawkach objawy zatrucia, zaleca więc ostrożność; zdanie kol. Ziembickiego podziela kol. Jana.

miał bowiem kilkakrotnie dowody odnośne. — Kol. Pisek przypuszcza, że może w przypadkach przez kolegów Ziembickiego i Janę przytoczonych grają rolę wpływy psychiczne (zwłaszcza u histeryczek), u których, jak wiadomo, zalecają także na ukojenie bólów wstrzykiwania podskórne wody destylowanéj — i to ma uśmierzać bóle — w takim razie podawanie homeopatycznych nawet dawek morfinu byłoby racyonalném. — Kol. Przewodniczący zwraca uwagę kol. Schaittera, że skoro w przypadku przez niego opisanym była *meningitis suppurativa*, to nie można przypuszczać, że chloral wywołał erozyje w żołądku, te bowiem powstają zapewne w skutek wymiotów, zawsze u zmarłych z *meningitis suppur.* Co się zaś tyczy morfinu przypuszcza, że nie morfin lecz apomorfin w przypadkach przez kol. Ziembickiego i Janę wspomnianych wywołała wymioty i objawy zatrucia; wiadomo bowiem, że aptekarze mają w zapasie gotowe rozczyny morfinu, z czasem więc rozkłada się morfin i wytwarza się apomorfin, który czy to podany wewnętrznie, czy zastrzyknięty podskórnie wywołuje wymioty i t. d. — Kol. Krobicki podziela to zapatrywanie, zwłaszcza że wie od aptekarzy, iż często otrzymują od materyjalistów morfin już zanieczyszczony, łatwiéj więc ulegający rozkładowi. Mimoto przypuszcza kol. Przewodniczący idiosynkrazyję u niektórych osób co do morfinu, zwłaszcza u osób nerwowych, histeryczek i t. p. przypadki te uważa jednak za bardzo rzadkie. Aby się zaś ustrzedz nieprzyjemności otrzymania rozłożonego morfinu, radzi Przewodniczący zapisywać rozczyn *„ex tempore“* i kazać dodać nieco resorcyny lub kwasu karbolowego. Nadto co do amylnitritu nie zgadza się kol. Przewodniczący z prelegentem, jakoby nie można było podawać go wobec wad serca, Anglicy bowiem zalecają go właśnie wobec nich, a nawet wobec tętniaków przeciw duszności i t. d. z najlepszym skutkiem. Również nie zgadza się aby podawać narkotyki w ogóle, a więc i morfin, w zapaleniu płuc; albowiem grozi obrzęk płuc. Prędzéj już przypuszcza możność podania narkotyku w zapaleniu opłucny, jeżeli zaś w zapaleniu płuc koniecznie trzeba zrobić zastrzyknięcie podskórne, radzi użyć do tego zamiast narkotyków, albo wody destylowanéj albo 2% rozczynu kwasu karbolowego.

Z powodu spóźnionéj pory wnosi Przewodniczący zamknięcie dyskusyi. *Dr. Wiktor.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XXI. Posiedzenie zwyczajne z dnia 18 lutego 1885 r.

Przewodniczący kol. prof. Rosner. Członków obecnych 28.

1) Przewodniczący przedkłada okazały egzemplarz dzieła pamiątkowego na cześć prof. Hoyera wydanego w Warszawie, przyczem powiadamia o przesłaniu podziękowania imieniem Tow. Współwłaścicielom Gazety Lekarskiéj.

2) Przewodniczący oznajmia, że Dr. Juliusz Miksz, członek Tow. lek. galicyjskiego, zamieszkawszy w Krakowie, staje się członkiem Tow. lek. krak. w myśl statutu.

3) Kol. Prof. Mikulicz mówił na podstawie własnych spostrzeżeń o obecnym stanie trądu w Norwegii, objaśniając wykład okazami fotograficznemi. (Rzecz ta będzie umieszczona w Przeglądzie Lek.).

Kol. prof. Rosner nawiązując do zapatrywania niektórych autorów o tożsamości lub bliskiém spowinnowaceniu trądu i kiły wykazuje zasadniczą różnicę, jaka zachodzi między jedną a drugą chorobą. Odkrycie prątków w złogach trędowatych tak skóry jak i nerwów dla tego ma wielkie znaczenie, że dowodnie wykazuje zupełną tożsamość tych dwóch form trądu. — Kol. Blumenstok zwracając uwagę na wysoką cyfrę obłąkanych w Norwegii, zapytuje się prelegenta, czy nie zachodzi jakiś związek pomiędzy trądem a obłąkaniem, na co prelegent odpowiada, że w téj mierze nie ma dat. *Sekretarz Dr. Dobruchowski.*

VIII. Maciej Józef Brodowicz.

Rys bijograficzno-historyczny.
Skreślił
Prof. Dr. Józef Oettinger.
(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

Jak za młodu marzył o cnocie idealnéj gardzącéj polityką w chwili, gdy rozgrywały się losy ojczyzny, tak jeszcze w r. 1848 pojmował udoskonalenie ludzkie (*Humanität*) w jakiéjś niebiańskiéj wysokości oderwane od ziemskich warunków politycznych, społecznych lub narodowych. Otóż co pisze do prof. Endlichera pod d. 18 sierpnia 1848 a co przytaczamy w przekładzie polskim: „Ach! tak trudno przychodzi i długo jeszcze trudno przychodzić będzie, rozumniejszych nawet a tém mniéj tłum przekonać, że ubieganie się o uszlachetnienie ludzkie (*Humanität*) stoi daleko wyżéj, niż ubieganie się o cele narodowe i że ostatnie jest tylko jedną z dróg najszlachetniejszych i najpewniejszych do tamtego najwyższego celu. Ani to moja wina, ani moja zasługa, że ta myśl odsłoniła się już mojemu duchowi w méj najpierwszéj młodości i że nie przytłumiona żadnemi życia kolejami, raczéj coraz jaśniéj się rozwinęła. Tak Bóg dał a ja zawsze dar ten szanować będę jako największy skarb życia i pielęgnować święcie aż do mego zgonu, choćby nie wiem ilu nie miało tego pochwalić ani pojmować“.

W „Polnych kwiatkach“ wydanych w r. 1871 znajdujemy atoli już wyraźny dźwięk patryjotyczny w następującym wierszyku:

Do młodego.
Trzymaj się ziemi, która cię zrodziła,
W nią zapuść korzeń, bo tam jego siła,
Tam się rozkrzewisz i wydasz plon żyzny
Ale samotnie zwiędniesz śród obczyzny!
Zwiędniesz i uschniesz na duszy i ciele,
Jak w obcéj strefie więdnie każde ziele.

Umysł tak samodzielny jak Brodowicza miał nieodzowną potrzebę żyć i działać według zasad rozumnych i zgodnych z wyższém ludzkiém przeznaczeniem. Stworzył on sobie w tym celu do użytku własnego system poglądów wskazujący mu jasno cele i obowiązki, w którym się jak w swoim niejako domu wygodnie urządził. Budowa ta miała niektóre filary i sklepienia wzniesione nie z ciosów i cegieł ścisłego doświadczenia, lecz tylko malowane pędzlem wyobraźni, była atoli ładnie zaokrąglona i zaspakajała osobiste autora wymagania. Opierała się ona na podstawie przejętéj jeszcze od mistrza K. Hartmanna duchowości świata czyli przewagi pierwiastku duchowego po nad materyją, będącą jego tylko powłoką i narzędziem. Duchy, których Br. lubił oznaczać niemieckim wyrazem *Geister*, mają każdy od swego stworzenia byt samodzielny, osobisty i nie rozpływają się panteistycznie we wszechbycie wszystko pochłaniającym, lecz zachowując indywidualną odrębność przechodzić mogą przez różne szczeble coraz wyższego udoskonalenia. Mniemał on, że duch ludzki w tym szeregu zajmuje miejsce najpośledniejsze, powołany jest atoli do wznoszenia się po kolei coraz wyższego; przypuszczał więc rodzaj metempsychozy, lecz tylko w górę a nie wstecz, na dół. Człowiek ma umysł (*animum*), zwierzę duszę poślednią (*animam*). Na sobie samym dostrzegał potwierdzenia wyższości ducha nad materyją, jak mawiał, bo w miarę więdnienia swego ciała duch jego przeciwnie potężniał. Twierdzenie to nie zgadza się wprawdzie z dzisiejszemi prawami fizyjologii, ale znalazło ono wyjątkowe u Brodowicza usprawiedliwienie w tém nie tak często napotykaném zjawisku, że u niego rzeczywiście bystrość rozumu aż do końca broniła ostatniego swego szańca, w zgrzybiałém ciele trzymając dzielnie swój rozwinięty sztandar. W swoich rozpamiętywaniach potrącał on nieraz o scholastyczne subtelności. Poruszył i roztrząsał np. pytanie: Co

Boga skłoniło do stworzenia świata? Nie jego wszechmoc, która dostarczała do tego niewyczerpanych środków, nie najwyższa mądrość, z któréj wypływały nieskończone i cudowne pomysły, lecz tylko miłość pragnąca przycisnąć do macierzyńskiego łona swoje twory i je uszczęśliwiać.

Innym razem zastanawiał się nad porą, kiedy duch łączy się z ciałem ludzkiém? czy w chwili poczęcia, czy urodzenia? skłaniał się zaś do przypuszczenia drugiego.

I do poglądów jego lekarskich wkradły się mimowolnie fantastyczne domieszki. Podaliśmy powyżéj jego zdanie o cholerze, przypominające wyraźnie średniowieczne tłumaczenie pomoru, jako kary i dopustu Bożego za grzechy, a w tym razie za zbytkowanie i sybarytyzm, który miał wywołać tę nerwowo kurczową, według niego, zarazę.

Obrazowo również pojmował przyczyny, pojawy i skutki zimnicy, poczytując ją w największéj liczbie przypadków za zbawienne usiłowanie przyrody a zwłaszcza za zapęd siły żywotnéj, pragnącéj uwolnić ustrój od nagromadzonych w nim głównie przez zimę brudów, prochów i innych nieczystości. Owoż na wiosnę siła żywotna mało jeszcze znużona zdoła tę robotę przetrzepującą powtarzać codziennie, późniéj w lecie więcéj zmęczona zdobywa się na nią co drugi dzień tylko, wywolując trzeciaczkę, w jesieni już znękana co 4ty dzień dopiero na te przetrząsające napady zerwać się może.

Górującą cechą Brodowicza był r o z u m, nie ten twórczy, przenikający, co nowe otwiera i rozświetla drogi, co naukę odkryciami i wynalazkami zbogaca, lecz ten praktyczny, co gotowe już zdobycze trafnie do obecnych potrzeb zastosowywać umie, co w ich granicach jasne wytyka sobie cele i skutecznemi je osiąga środkami. Bystrości rozumowéj szła na usługi olbrzymia i wytrwała pamięć, która go do zgonu nie opuściła, krzepiąc go miłemi wspomnieniami, które rad był wskrzeszać dla swojéj i drugich zabawy i rozrywki. Wspomagał ją i podniecał środkami optycznemi za pomocą obrazów, które w tym celu ze szczególném gromadził upodobaniem uprzytomniając sobie doznane wrażenia począwszy od dworku, gdzie się urodził, od kościółka, w którym go ochrzczono, szkółki, gdzie się uczyć zaczął, aż do widoków i krajobrazów, gdzie przebywał, kliniki, gdzie nauczał, do wizerunków miłych i drogich mu osób a głównie swych mistrzów, towarzyszy i znajomych.

Szczególny przyznać mu też należy talent organizatorski zwłaszcza w kierunku ładu i sprężystego zarządu. Miał dowcip rodzimy, doraźny, uderzający częstokroć dosadną trafnością. Kiedy wznosił się gmach byłego towarzystwa naukowego a dzisiaj Akademii Umiejętności, zasłaniający widok i światło przeciwległéj kamienicy Sanguszków, rzekł on do jednego z członków owego grona uczonego: „Szerzycie wprawdzie oświatę, lecz dla ks. Sanguszki będziecie o b s k u r a n t a m i“.

Uczucie stało u niego zawsze pod rozkazami rozumu, nosiło go ono rzadko, a jeżeli, to tylko chwilowo, nie dochodziło zaś do stopnia zapału, porywu lub zachwytu, a tém mniéj do dłuższéj a wybujałéj namiętności. Wiernęm odbiciem tych przymiotów był jego styl i wykład ustny, który miał odrębną, ściśle indywidualną a więc oryginalną cechę, jasny, dosadny, zwięzły, kryształowéj niemal przejźroczystości, prosty i potoczysty, przeplatany kiedyniekiedy trafnym obrazem, czasem i sarkastycznym dowcipem, ale nie tym jadowitym i jątrzącym, lecz owym ogładzonym, co błyszczy jak ostrze damasceńskie. Na 2 tygodnie może przed śmiercią, kiedy mu już głosu nie starczyło, ożywił się tak rozmową, że przez godzinę całą bez przerwy i wytchnienia rozwijał gładko i logicznie bez zająknienia, jak z katedry, swoje poglądy psychologiczne.

Nieubłaganéj jego logice odpowiadała wola żelazna, niezłomna, nieustraszona, granicząca niekiedy z uporem. Całemu życiu przewodniczyło zawsze prawidło rozumne, pewna zakreślona miara; dla tego téż obok dworskiéj, dostojnéj niemal ogłady zachowywał względem siebie samego obyczaj surowy, wstrzemięźliwość w zaspakajaniu potrzeb i popędów przyrodzonych, posuniętą prawie do stopnia ascetyzmu. Na każdym kroku przyświecało mu jasne pojęcie obowiązku, który spełniał sumiennie, a w razie potrzeby i z poświęceniem bez względu na to, czy był ciężkim lub lekkim, publicznym lub prywatnym. Przestrzegał go ściśle we wszystkich stosunkach a więc i rodzinnych i towarzyskich. Rodziców i mistrzów swoich szanował, słuchał i kochał; matkę, która aż do swego zgonu królowała w jego domu, uwielbiał otaczając ją synowską czcią i troskliwością. Nie lubił się z lada kim pospolitować, ale dla przyjaciół niewygasłą chował wierność. Trzem przed innymi, a bardzo licznymi znajomymi, z różnych stron świata zaszczytny ten tytuł przyznawał. Byli nimi: Józef S e j a jego niegdyś towarzysz od ławy szkolnéj, a późniéj lekarz w Brzeżanach, o którym wspomina, „że był to młodzieniec anielską zaiste duszą obdarzony“; Ludwik K o t u r b a, którego chłopcem jeszcze z Wiednia z sobą przywiózł, według słów Brodowicza: „mój domownik i nierozdzielny przyjaciel przez lat 40 z góry, *altera pars animae meae*“. Wreszcie baron Filip K r a u s, niegdyś spółuczeń a w końcu austryjacki minister finansów. Dla uczniów zwłaszcza ulubieńszych ojcowskie żywił przywiązanie i czynnéj nie żałował opieki. Z pośród hojnych darów, jakiemi go obsypała Opatrzność, jednego mu odmówiła szczęścia, usłania sobie własnego gniazda rodzinnego. Ożenił się wprawdzie wstąpiwszy już w piąty krzyżyk wieku ze Szwejkartowną, córką ulubionego malarza lwowskiego, osobą wykształconą i utalentowaną. Lecz młoda, światowa połowica nie mogła się snać przyzwyczaić do klasztornéj niemal cichości odludnego domu, w którym władała matka mężowa, tą fizyjologiczną, mówiąc nawiasem, odznaczona osobliwością, że jéj w późnéj już starości trzecie zęby wyrosły. Młoda mężatka opuściła pokryjomu poślubionego towarzysza i zjawiła się po niejakim czasie nagle, aby groźbą i głośną zapowiedzią wystąpienia na scenie teatralnéj w roli śpiewaczki a pod nazwą Brodowiczowéj wymusić na małżonku materyjalne korzyści, licząc na poparcie wszechwładnych panów rezydentów, którzy ze złośliwéj pustoty uprzejmemi darzyli ją względami i obietnicami. Ale się srodze w rachubie zawiodła. Ówczesny rząd dla uniknienia publicznego zgorszenia zniewolił ją do zaniechania zamiaru i niezwłocznego wyjazdu.

Jakkolwiek Br. nie miał potomstwa własnego, wywiązał się jednak ze wszystkich niemal rodzicielskich obowiązków ze zwykłą sobie sumiennością i troskliwością względem przybranych z rodziny wychowańców, tudzież względem potomstwa swego ukochanego Koturby. Przytulił do siebie dwóch stryjecznych wnuków, zaopatrzył i powydawał Koturbian i Koturbianki i zgoła kołem rodzinném się otoczył, aby i ten dług społeczności spłacić. Jako obywatel krakowski tę starożytnemu grodowi oddał usługę, iż go dwiema z gruntu wystawionemi wzbogacił budowlami, z których jedną jest dworek dzisiaj Wołłodkiewiczów, a drugą gmach 2ch klinik: okulistycznéj i położniczéj.

Mimo całéj jednolitości charakteru odlanego jakby z jednego stopu przebijała dość często jeszcze krew szlachcica

polskiego w pewnéj mimowiednéj bucie, wrażliwéj dowolności i osobliwéj fantazyi.

Ostatnie rozporządzenia poczynił jeszcze na 20 lat przeszło przed zgonem. Zbiór książek, uporządkowanych dowodów urzędowych i obrazów odnoszących się do Uniwersytetu ofiarował w darze biblijotece i kancelaryi wszechnicy jagiellońskiéj; co miał zresztą gotówki i z kosztowności ciepłą porozdawał ręką, aby, jak mówił, tak gołym świat opuścić, jak nań przyszedł. Zarządził najsurowiéj aż do najdrobniejszych szczegółów, aby go pochowano bez wszelkiego rozgłosu, jak najciszéj i jak najskromniéj, aby nikogo na świecie swoją osobą nie trudzić. Mówił nieraz, iż bardzo żałuje, że sam siebie na cmentarz nie będzie mógł wynieść. Trumna z surowych tarcic nawet nie omalowana przez dwa przeszło lat dziesiątki czekała zapylona na strychu; nie daleko od niéj zawiniątko zawierające strój ostatni: koszulę, ręką matki uszytą, stary mundur profesorski, od molów nie szczędzony, z czasów krakowskiéj rzeczypospolitéj, co o wiele przed nim młode swe życie skończyła. U nóg w trumnie miały iść z nim do grobu listy matki i swego przyjaciela Seji, tudzież wypchany kanarek, którego z Wiednia przywiózł, a który 16 lat bawił go swym śpiewem, „i z litego Wiedeńczyka przewierzgnął się na Polaka“. Spory głaz w prostą kostkę wyglądał długo ostatecznego swego przeznaczenia na grobie, pilnowany tymczasem przez stróża cmentarnego i „pierzynką“ przez niego nazwany, potém następcy w opiekę przekazany, gdy sam pierwéj go odumarł. Była w téj surowo nakazanéj skromności pogarda próżności ludzkiéj, posunięta do tego stopnia, na którym, jak zwykle dwie ostateczności, pokora ze szlachetną styka się dumą.

Miał Br. tę rzadką zapewne sposobność, iż mógł spokojnie postrzegać na sobie stopniowy rozwój zgrzybiałości. Najwcześniéj mroczyć się zaczął wzrok, późniéj słuch, wreszcie i ruchy stawały się ociężalsze i trudniejsze. Mawiał wtedy: „za młodu latałem, późniéj biegałem, potém jeszcze chodziłem, wreszcie wlókłem się, dziś już ledwie łażę“.

Od roku blisko zaczął bardziéj niedomagać najczęściéj na duszność i ogólne osłabienie, lecz kilka razy pokrzepił się znowu i dźwignął. W ostatnich tygodniach życie, jak żalił się, stało mu się ciężarem, gdy już ani posiłkiem, ani snem krzepić się nie mógł. X. biskup Dunajewski nie wypuszczał go ze swéj troskliwéj pasterskiej opieki, bawiąc u niego całemi godzinami i udzielając mu osobiście pociech religijnych. Nadeszła nareszcie d. 22 stycznia 1885 długo oczekiwana chwila rozstania się z doczesnem życiem, uleciał duch, który do ostatka czuł się sobą i nieśmiertelnym a martwe pozostawił zwłoki. Bez wzywania, bez dzwonów, bez wystawnego karawanu dobijała się niemal ludność krakowska o zaszczyt złożenia jakiéjś oznaki hołdu zgasłemu a wielkich cnót i zasług mężowi, przypominającemu poniekąd M a c i e j a z M i e c h o w a, bo jak t e n był on dobrodziejem Uniwersytetu, który ochronił i dźwignął; jak t e n pomnożył on liczbę katedr i szkółek, wyzwolił i urządził szpitale, jak t e n był zwolennikiem dawnych dogmatów, a jeżeli granic saméj nauki nie rozszerzył, to dla niéj źródło i koryto więcéj rozwarł i ubezpieczył. Uniwersytet, Wydział lekarski i Zarząd szpitalny oraz wiele osób dostojnych wbrew zarządzeniom nieboszczyka złożyły wieńce niewygasłemu reformatorowi i konserwatorowi wielu zakładów krajowych. X. biskup pobłogosławił znakomitego obywatela i chrześcijanina, i nad świeżym otwartym a zamykającym się grobem modlitwy odprawił i *requiem* zaśpiewał. Młodzież, prawnuki już po nauce, nieśli wzruszeni mistrza aż do bramy cmentarnéj, a od téjże wzięli go z głęboką czcią na swe barki profesorowie uniwersytetu, jako wnuki, między nimi syn ulubionego niegdyś asystenta prof. Bobrzyński. Spoczął wreszcie Brodowicz po znojnéj a świetnéj pielgrzymce obok swéj ukochanéj, rodzonéj, a w łonie spólnéj naszéj matki z i e m i o j c z y s t é j, która go przytuliła jak lubego swego syna, tém może droższego, że odnalezionego i sobie przywróconego.

IX. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

S p r a w o z d a n i e o p r z e b i e g u c h o r ó b n a g m i n n y c h w G a l i c y i w c i ą g u l u t e g o 1885.

T y f u s b r z u s z n y, który w styczniu panował w 76 miejscowościach 38miu powiatów, rozszerzył się w ciągu lutego na 97 miejscowości, 36ciu powiatów. Najwięcéj nawiedzonych tą chorobą gmin było w powiecie rawskim i mościskim (po 8 gmin), w jaworowskim i grodeckim (po 7 gmin), w przemyskim (6 gmin), w żółkiewskim (4 gmin). Wszystkie te wymienione powiaty sąsiadują z sobą, w wschodniéj części kraju najwięcéj były nawiedzone powiaty skałacki, czortkowski (po 4 gmin) i horodeński (5 gmin). Z 2.232 leczonych w lutym chorych wyzdrowiało 1.353 czyli 60·6%, umarło 149 osób czyli 6·7% (między tém 71 mężczyzn, 63 kobiet i 15 dzieci niżéj 10ciu lat); na marzec pozostało w leczeniu 730 osób.— Największa ilość chorych w lutym była w Milczycach w pow. mościskim (104 osób), daléj w Oknie w pow. skałackim (83), w Kuninie w pow. żółkiewskim (72), w Lublińcu starym w pow. cieszanowskim (67), w Nienadowy w pow. przemyskim (66), w Jażowie starym w powiecie jaworowskim (63).

T y f u s p l a m i s t y również rozszerzył się; podczas gdy w styczniu panował w 22 miejscowościach 18tu powiatów, stwierdzono go w lutym w 34 miejscowościach 16tu powiatów. Głównie nawiedzone były sąsiedujące powiaty: samborski (8 gmin), staromiejski (7 gmin) i turecki (3 gminy). Z 840 leczonych w lutym chorych wyzdrowiało 464 czyli 55·2%, umarło 74 (36 mężczyzn, 34 kobiet i 4 dzieci), czyli 8·8%, pozostało w leczeniu na marzec 302 osób, w 21 miejscowościach. Wyżéj 50 chorych w jednéj gminie stwierdzono: w mieście Jaworowie (73), w Woli zgłobieńskiéj w pow. rzeszowskim (76), w Różniatowie w pow. dolińskim (56), w Hołowecku w pow. staromiejskim (57). Najwięcéj chorych umarło w Pitryczu w pow. stanisławowskim (7 zmarłych na 50 chorych), w Przysłupiu w pow. tureckim (6 zmarłych na 29 chorych) i w Hołowecku (6 zmarłych na 57 chorych).

D y f t e r y j ę stwierdzono w pięciu miejscowościach trzech powiatów, lecz tylko w jednéj miejscowości, mianowicie w Słobodzie rungurskiéj w pow. kołomyjskim, przybrała ta choroba cechę nagminną. Z 40 dzieci leczonych w téj jednéj gminie umarło w lutym 22 a 9 wyzdrowiało; na marzec pozostało w całym kraju tylko 9 chorych w Słobodzie rung.

S z k a r l a t y n a traci już od połowy grudnia na rozszerzeniu. W lutym panowała w siedmnastu powiatach w 39ciu miejscowościach, tak samo jak w styczniu przeważnie w powiecie łańcuckim i sąsiednim rzeszowskim, w bocheńskim i sąsiednim krakowskim. Z 917 chorych leczonych w lutym wyzdrowiało 607 czyli 72·7%, umarło 81 czyli 8·8%, a zatém nieco więcéj niż w styczniu, pozostało w leczeniu na marzec tylko 169 chorych w 12 miejscowościach.

D y s e n t e r y j a wygasła zupełnie.

O d r a utrzymuje się już trzeci miesiąc w równéj niemal mierze, w lutym panowała w 76 miejscowościach 25ciu powiatów, najwięcéj w powiecie żywieckim i sąsiednim bialskim (8 gmin i 5 gmin), w brzozowskim i sąsiednim krośnieńskim (po 6 gmin), w jasielskim (5 gmin), w jarosławskim (6). Z 4.608 chorych leczonych wyzdrowiało 2.655 czyli 57.6% umarło 221 czyli 4·8%, pozostało w leczeniu 1.732 czyli 38%.

K r z t u s i e c, który już w ciągu stycznia tracił na rozszerzeniu, zmniejszył się jeszcze bardziéj. Stwierdzono go w 74 miejscowościach 29 powiatów, głównie w złoczowskim (8 gmin), w przemyskim (6 gmin), w mościskim (5 gmin). Z 4.284 leczonych chorych wyzdrowiało 2.774 czyli 64·7%, umarło 200 czyli 4·7%, pozostało na marzec 1.312 chorych.

Ospa panowała w lutym niemal w tych samych powiatach co w styczniu, lecz rozszerzyła się na większą ilość miejscowości. I tak stwierdzono ją w lutym w 55 miejscowościach (w styczniu 40), w 16 powiatach (w styczniu 17). Głównie rozszerzyła się ta choroba w powiecie sandeckim w 14 gminach, dalej w sąsiednim gorlickim w 10 gminach, także w sąsiednim limanowskim w 5 gminach, prócz tego w powiecie grodeckim w 7 miejscowościach i w powiecie dolińskim w 6 miejscowościach. Także w mieście Lwowie rozszerzyła się, przypadków śmierci z téj choroby było w lutym 41. — Z 812 leczonych w kraju chorych ospowych wyzdrowiało 343 szczepionych czyli 70%, nieszczepionych 174 czyli 54%, umarło 21 szczepionych czyli 4·3%, nieszczepionych 53 czyli 16·5% pozostało w leczeniu 126 szczepionych i 95 nieszczepionych.

Większa ilość chorych (wyżéj 25) była w mieście Nowym Sączu 66, w Butli w pow. tureckim 60, w Stopniach w pow. limanowskim 44, w Moszczenicy w pow. gorlickim 36, w Dobry w pow. limanowskim 27, i w Mszance w pow. gorlickim 27. Najwięcéj chorych umarło w Nowym Sączu 11, dalej w Butli, w Dobry, w Ochotnicy (pow. nowotarski) i w Mszance po 5; w innych miejscowościach mniéj.

Lwów 11 marca 1885. *Dr. Józef Merunowicz.*

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 13 bm. pod przewodnictwem prezydenta miasta Dra Szlachtowskiego posiedzenie, na którém w wykonaniu uchwały poprzednio zapadłéj dyrektor budownictwa miejskiego Niedziałkowski przedstawił projekt poprawy stanowisk dorożkarskich w celu zmniejszenia, o ile możności, zanieczyszczeń powietrza i gruntu. Projekt ten przyjęto po krótkiéj dyskusyi oświadczając się za zrobieniem początku w Ryn u naprzeciw linii A B.— Zawiadomiono, iż pływalnia wojskowa zbudowana będzie w tym jeszcze roku w przedłużeniu ulicy karmelickiéj, i dostępna będzie dla ludności cywilnéj codziennie od 11 rano. — Na żądanie sprawienia przy wozach kolei konnéj osobnych, głośnych dzwonków sygnałowych, odpowiedziała dyrekcyja przedsiębiorstwa, iż obecny sposób ostrzegania publiczności uważa za dostateczny. Na wniosek Dra Obalińskiego, który wskazał na urządzenia Berlina, Wrocławia, Poznania i innych miast, postanowiono obstawać przy pierwotnéj uchwale komisyi sanitarnéj i wezwać ponownie przedsiębiorstwo kolei konnéj do zaopatrzenia wozów w dzwony sygnałowe.— Fizyk miejski Dr. Buszek przedstawił wykazy chorobliwości i śmiertelności w Krakowie w lutym rb., z których przekonać się można, iż obecnie nie panują w Krakowie żadne choroby zakaźne. R. m. Dr. Domański zwrócił przy téj sposobności uwagę, iż przez zaliczanie osób zamiejscowych zmarłych w szpitalach cyfra śmiertelności w mieście podwyższa się bardzo znacznie raz dla tego, ponieważ w znacznéj odległości nie ma żadnego szpitala, z któregoby mogła korzystać ludność wiejska, a powtóre, iż właśnie do szpitali, z natury rzeczy, dostają się przedewszystkiém ciężkie przypadki chorobowe, które kończą się śmiercią. Takie obliczanie śmiertelności odpowiada wprawdzie zasadom przyjętym przez międzynarodowy kongres statystyczny, ale z powodu rozłożenia szpitali w okolicy podwyższa sztucznie cyfrę śmiertelności dla Krakowa a komisyi sanitarnéj nie daje wskazówki do poznania szkodliwych wpływów miejscowych, dających się wykryć najlepiéj ze ścisłych dat statystycznych. Skutkiem tego uchwalono, aby prócz obliczania cyfry śmiertelności w sposób dotychczasowy obliczać ją także po wyłączeniu osób, które już chore przybyły do krakowskich szpitali z poza miasta i tamże zmarły. Magistrat wydał już nawet stosowne w tym celu zarządzenia.— Sprawę zbadania potrzeby desinfekcyi kanałów przekazano podkomisyi z Drów Grabowskiego i Buszka. — R. m. Dr. Domański wniósł imieniem wyznaczonéj poprzednio podkomisyi, aby na teraz nie tworzyć, jako zbytecznéj, osobnéj posady chemika miejskiego. Wniosek ten przyjęto.— Fizyk miejski Dr. Buszek w wykonaniu uchwały na poprzedniém posiedzeniu zapadłéj przedłożył wypracowaną przez siebie na wzór monachijskiéj instrukcyję do pomiarów wody gruntowéj, tudzież z własnéj inicyjatywy plan badania pokładów gruntu miejskiego. Do zbadania téj sprawy wybrano podkomisyję z r m. Dra Domańskiego i Dra Buszka zapraszając równocześnie do niéj jako znawców prof. Drów Altha i Szajnochę.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 22—28 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 43,9. Z odry umarło 6 (0 z. t.); z płonicy 2 (2 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z róży 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospianki, 3 odry, 9 płonicy, 1 błonicy, 3 duru brzusznego. W tygodniu od 15—21 lutego ospa w Londynie złagodniała. Umarło 32, zapadło świeżo 192, leczyło się w szpitalach 1240. W Liverpolu, Manchester, Kopenhadze i Madrasie umarło z ospy po 1, w Pradze i Aleksandryi po 2, w Warszawie, Paryżu, Madrycie i Bombayu po 3, w Wenecyi, Odesie i Kalkucie po 4, w Petersburgu 5, w Rzymie 7, w Tryjeście 12, w Wiedniu 13. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu, Granadzie i Palmie po 1. W Kalkucie umarło z cholery 3 (od 28 grudnia do 3 stycznia), w Madrasie (od 3 do 9 stycznia) 37, w Bombayu (od 14—20 stycznia) 11).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 15—21 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 45,4; w Warszawie 31,3; w Poznaniu 22,3; w Wiedniu 34,6; w Budapeszcie 28,6; w Pradze 35,9; w Tryjeście 31,9; w Berlinie 23,7; w Hamburgu 23,6; w Gdańsku 28,8; w Wrocławiu 25,9; w Mnichowie 32,0; w Dreźnie 25,4; w Lipsku 26,2; w Bazylei 21,2; w Brukseli 34,9; w Amsterdamie 26,9; w Hadze 27,4; w Paryżu 26,1; w Londynie 19,1; w Kopenhadze 19,6; w Stokholmie 24,6; w Chrystyjanii 26,3; w Petersburgu 33,3; w Odesie 25,4; w Rzymie 31,9; w Wenecyi 33,6; w Madrycie 48,8; w Aleksandryi 36,0; w Nowym Yorku 24,9; w Filadelfii 25,7; w Bombayu 26,5; w Madrasie 57,6.

J. B.

X. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 19 marca. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego po załatwieniu sprawy administracyjnéj kol. Piasecki miał wykład o leczeniu hydropatyczném, poczém kol. Rosner Jan miał odczyt zapowiedziany, nad którym wywiązała się dyskusyja ożywiona.

* **Praga czeska**. Na posiedzeniu Spolku lek. česk. z d. 16 bm. prof. Hlava demonstrował rzadki przypadek aktinomykozy tyczący się 45 letniego mężczyzny, który wśród objawów niedrożności jelit i charłactwa zmarł w klinice prof. Eiselta. Kliniczne rozpoznanie opiewało: Rak żołądka z przyrzutami w gruczołach kreskowych. Sekcyja wykazała: ogniska zrazikowe zapalne w płucach a w jamie brzusznéj następujące zmiany: jelita i żołądek rozszerzone, pierwsze częściowo zlepione między sobą, i wielkie pakiety guzów żółtawych wielkości od orzecha aż do głowy dziecka; guzy te wychodziły z gruczołów w *radix mesenterii*, były napięte, elastyczne, chelboczące, treścią ich była masa podobna do zawiesiny, ściany utworzone z pochewek gruczołowych, ileum w skutek ucisku guzów zwężone, — w treści guzów nie znaleziono laseczników Kocha, natomiast wyraźne części grzybka aktinomyces. Jestto przypadek rzadki, bo dotąd dopiero trzeci znany w literaturze choroby téj umiejscowionéj w gruczołach jamy brzusznéj; — pierwszy opisany był przez Zemana, drugi przez Chiarego, a trzeci obecny. *Dr. A. O.*

* Piszą nam z Berlina, że niespodziana śmierć Frerichsa, która nastąpiła d. 14 bm. o godzinie 7 zrana w skutek udaru mózgowego, wielkie wywołała wrażenie nie tylko w kołach lekarskich, ale w całéj stolicy. Rok temu zmarły obchodził 25 letni jubileusz działalności swéj nauczycielskiéj w Berlinie, a wtedy posypały się nań wszystkie możebne honory. Nie zamierzył on atoli wypocząć na wawrzynach swoich, bo zapowiedział dalsze prace, a z przyrzeczenia swego szybko się wywiązał ogłaszając przed paru miesiącami dzieło swoje o cukrzycy, z którego zdaliśmy sprawę w tygodniku naszym.

W sobotę przeszłą odbyło się siódme posiedzenie publiczne Sekcyi balneologicznéj Towarzystwa lekarskiego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Paryż** Dr. Grancher, prof. aggrégé, mianowany został profesorem kliniki chorób dziecięcych.—**Berlin**. Dr. Kempner habilitował się jako docent medycyny wewnętrznéj.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktora w. n. lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Andrzéj Chramiec z Zakopanego.

* **Nekrologija**. D. 4 lutego rb. umarł w Konstantynopolu Dr. Stanisław Drozdowski, weteran z r. 1830, oficer orderu legii honorowéj francuskiéj, lekarz zakładu dobroczynnego „*de la Paix.*“ — W Lublinie umarł Dr. Ignacy Chrzanowski w 46 roku życia.

Z Berlina dochodzi nas wiadomość o śmierci Frerichsa. Fryderyk Teodor F. urodził się d. 24 marca 1819 r. w Aurich, w Hanowerskiém, w 29 roku życia mianowany został prof. w Kielu, wkróce potém we Wrocławiu, zkąd po śmierci Schönleina powołany został do Berlina. Stanowisko i zasługi jego w nauce są powszechnie znane; szczegóły bliższe z życia jego podamy późniéj.

Redakcyja otrzymała:

Dr. WATRASZEWSKI: Zur Behandlung der Syphilis mit Calomelinjectionen. (Odbicie z „Viertelj. f. Dermat. u. Syph." 1884) in 8vo str. 5.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 134D

Ogłoszenie konkursu.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 6 marca rb. l. 11622, rozpisuje się konkurs na posady dwóch asystentów lekarskich przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie na lat dwa, które przy zadawalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.

Do posady Asystenta lekarskiego przywiązana jest płaca 500 zlr. rocznie bez żadnego dodatku.

Ubiegający się kandydaci do tych posad powinni wykazać:

1. Wiek, stan i miejsce urodzenia.
2. Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.
3. Stopień Dra medycyny lub wszech nauk lekarskich uzyskany na jednéj z Wszechnic Państwa austryjackiego.

Podania wnosić można do końca miesiąca Kwietnia rb. na ręce Dyrekcyi szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Lwów dnia 13 Marca 1885.

Dyrekcyja kraj. szpitala powszechnego.

Dr. Głowacki.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narozny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam. 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 28 marca 1885. № 13. Rok XXIV.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Madurowicza w Krakowie.

Zarośnięcie wejścia pochwowego błoną dziewiczą — otok ropny pochwy i macicy.

(Pyocolpos et pyometra ex atresia vaginae hymenali).

Podał Dr. Jan Rosner
asystent tejże kliniki.

Przypadek, który do wiadomości podać zamierzam, rzadko w ogóle się przydarza i w literaturze zaledwie kilka podobnych odszukać można. W klinice prof. Madurowicza obserwowano mianowicie w roku szkolnym bieżącym po raz pierwszy otok ropny pochwy i macicy na podstawie wady utworowéj błony dziewiczéj, która to wada polegała na braku otworu prowadzącego do kanału pochwy (*hymen imperforatus*). Przed 20tu laty prof. Bryk *(Wiener med. Wochenschrift 1865)* operował i opisał przypadek podobny, również nadzwyczaj ciekawy, różniący się jednak od niniejszego o tyle, że treść pochwy w przypadku prof. Bryka była śluzową, podczas gdy w opisać się mającym, jak już sama nazwa wskazuje, była ropną.

Przypadek niniejszy dotyczy dziewczyny wiejskiéj, lat 18 liczącéj, z Zabierzowa, która w listopadzie 1884 r. przedstawiła się w klinice ruchoméj. Wywiady pouczyły, że do 16go roku życia żadnych chorób nie przebywała i że dotąd nie pojawiła się u niéj regularność. Natomiast uskarża się od dwóch mniéj lub więcéj lat na boleści dołem w brzuchu, które chwilowo ustają lub słabną a wzmagają się po niejakim czasie; zazwyczaj trwają przez dni kilka. Od kilku miesięcy boleści prawie ciągłe dołem w brzuchu, krzyżach i odnogach dolnych, dochodzące czasem do tak znacznego natężenia, że chodzenie a nawet siedzenie z tego powodu bywa niemożebne. W ostatnich czasach utrudnione oddawanie moczu i tenże tylko w małych ilościach odchodzi; żywot przeważnie zaparty a oddawanie stolca bolesne. Na kilka dni przed przybyciem do kliniki miewała chora czasem dreszczyki a następnie gorączkę, co jednakże wcale nie zmuszało jéj do pozostawania w łóżku, pomimo boleści.

Badanie przedmiotowe wykazało: Osoba dobrze zbudowana i dobrze odżywiona. Ciepłota ciała nie podniesiona, tętno spokojne. Narządy oddychania i krążenia nie okazują zmian. Sutki małe, stożkowate, jędrne. Brzuch miernie wypuklony, powłoki brzuszne chude, napięte; skóra na nich gładka. Przez powłoki wyczuć można powyżéj spojenia łonowego obrzęk wyraźnie chełboczący, sięgający ku górze na dwa palce poniżéj pępka. Obrzęk ten pochodzący z rozdętego nadmiernie pęcherza ustąpił po odprowadzeniu za pomocą cewnika znacznéj ilości moczu, poczém wyczuć było można w głębi nad spojeniem łonowém obrzęk inny, którego górna granica sięgała tylko na 3 — 4 palców powyżéj spojenia. Obrzęk ten położony w linii środkowéj mocno napięty kształtu kulistego. Powierzchnia jego gładka, ruchomość nieznaczna z boku na bok, zbitość odpowiadająca macicy, bolesność przy ucisku nieznaczna. Odgłos wypukowy nad obrzękiem stłumiony, zresztą wszędzie bębenkowy. Srom i międzykrocze znacznie wypuklone, wargi duże na kilka cm. od siebie odstają, ztąd szpara sromowa szeroko otwarta. Wejście do pochwy zamknięte błoną dziewiczą różowawobladą, mocno napiętą i ku zewnątrz wypukloną, na powierzchni z powodu przerostu brodawek nieco chropawą, nie okazującą najmniejszego otworka. Ujście cewki moczowéj na 1 cm. poniżéj łechtaczki, prawidłowo się zachowujące; tylna ściana cewki nieco wystaje i jest na zewnątrz w małym obszarze widoczna. Cewka moczowa przebiega wzdłuż tylnéj ściany spojenia łonowego, do którego jest silniéj przyciśnięta tak, że śród przeprowadzenia cewnika doznaje się pewnego oporu. Badanie przez kiszkę stolcową daje wynik następujący: Tuż nad zwieraczem ściana przednia odbytnicy ku wycięciu kości krzyżowéj mocno wypuklona, znacznie napięta, elastyczna, przy badaniu skombinowaném okazująca wyraźne chełbotanie a ku górze zbitość znaczniejszą. Górnego ogra-

niczenia miejsca wypuklonego palcem dosięgnąć nie można; badania sposobem Simona w obec pewnego prawie rozpoznania i drogi leczniczéj wytkniętéj, jako zbytecznego, nie przedsięwzięto. Międzykrocze na 3 palce szerokie, również wypuklone.

Na podstawie powyższego badania rozpoznano u choréj: zupełne zarośnięcie pochwy błoną dziewiczą i krwistek pochwowo - maciczny (*haematocolpos et haematometra ex atresia vaginae hymenali*) i postanowiono bezzwłocznie przystąpić do usunięcia cierpienia za pomocą drobnéj operacyi, która nie wymaga prawie żadnych przygotowań, a polega na przekłuciu błony dziewiczéj zarośniętéj za pomocą trójgrańca lub noża. W celu łatwiejszego rozszerzenia otworu w błonie dziewiczéj przecięto ją warstwowo za pomocą noża, po dokładnem obmyciu części rodnych rozczynem kwasu karbolowego. Zamiast krwi, któréj się spodziewano, otworem odpływać zaczęła silnym prądem czysta ropa z domieszką tu i owdzie cieniuteńkich żyłek krwi. Odpływ ropy ułatwiono rozszerzając ranę poprzecznie, przyczém zwracano uwagę, aby kanał rodny opróżniał się powoli. Dla tego, a nadto aby ochronić ściany przewodu rodnego otokiem rozcieńczone od możliwego pęknięcia, wstrzymano się od wszelkiego ucisku na obrzęk w jamie brzusznéj wybadany. Błona dziewicza okazała się po nacięciu 2—3 mm. grubą, zewnętrznie i wewnętrznie wyraźną warstwą błony śluzowéj pokrytą. Ilość ropy wynosiła około jednego litra. Co się tyczy jakości téjże, to niestety drobnowidowo badaną nie była, a to z przyczyny przedwczesnego usunięcia jéj, nim polecenie wydano przechowania ilości do badania potrzebnéj. Po opróżnieniu pochwy chora doznała natychmiastowéj ulgi, a gdy odpływ ropy ustał, przestrzykano pochwę rozczynem kwasu karbolowego i przystąpiono ostrożnie do zbadania stosunków zewnętrznie, przyczém pokazało się, że obrzęk przed operacyją nad spojeniem łonowem wybadalny, w zupełności ustąpił. Badanie wewnętrzne wykazało, że pochwa jest nadmiernie rozszerzoną i wydłużoną. Ściany jéj zupełnie gładkie; błona śluzowa przesuwalna nie wydaje się znaczniéj zgrubiałą. Ujście zewnętrzne macicy zaledwie palcem dosięgnąć się dające, rozwarte na wielkość przeszło talara; brzegi jego gładkie jako gruby wał na około ścian pochwy wyczuwalne. Szyja lejkowato rozszerzona ku górze się zwęża a ściany jéj ułożone w grube podłużne fałdy. Twierdzenie tedy H a b i t a (*Über Atresien der weiblichen Genitalien 1857*), jakoby macica nigdy nie brała udziału w cierpieniu i tu sprawdzoném nie zostało.

Chora po operacyi czując się wolną od wszelkich dolegliwości, domagała się, aby jéj zaraz pozwolono powrócić do domu i tylko po długich namowach dała się nakłonić do pozostania przez dni kilka w klinice stałéj. Przewiezionéj ostrożnie do łóżka zalecono zachowanie zupełnego spokoju a pochwę przestrzykiwano dwa razy dziennie rozczynem kwasu karbolowego.

W pierwszym dniu po operacyi płyn użyty do przestrzykiwania odchodził mętnawy, na drugi dzień jednak zmętnienia już nie okazywał. Odtąd również nie zauważano plam na bieliźnie. W dwa dni po operacyi chora pomimo nakłaniania jéj do dalszego pozostania w klinice a mianowicie téż aż do czasu pojawienia się regularności, na własne i matki usilne żądanie klinikę opuściła. Przed wyjściem zbadano ją raz jeszcze i znaleziono stan nie wiele odmienny od tego, jaki tuż po operacyi wykazano. Rana mianowicie błonie dziewiczéj zadana jeszcze nie zabliźniona. Otwór w niéj dla palca wskazującego drożny; brzegi jego śród przesuwania palca mocno się napinają, przyczém chora doznaje bólu. Pochwa tak samo gładka, obszerna i wydłużona, ujście zewnętrzne na czworaka rozwarte. Wydzielanie ropy ustało.

Ponieważ zachodzi obawa, że pomimo sztucznego otworu w błonie dziewiczéj skutkiem niepodatności tejże zajść może *impedimentum coeundi*, jakotéż że wskutek możliwego częściowego a nawet zupełnego zarośnięcia otworu na nowo powstać mogą *molimina menstrualia*, polecono matce w danym razie chorą ponownéj poddać operacyi, mającéj na celu wycięcie kawałka błony dziewiczéj, który to sposób operowania w nowszych czasach zalecają (D a v i e s, C u s t e r, S c h i r m e r).

Przy ocenianiu opisanego przypadku i jemu podobnych zwrócić należy uwagę na następujące okoliczności. W latach dziecięcych *hymen impervius* rzadko kiedy staje się przyczyną objawów chorobowych w narządzie płciowym, jakkolwiek u młodych dziewcząt, a nawet u dzieci śluz nagromadzony w większéj ilości w pochwie może wywołać znaczne zaburzenia. Poucza nas o tém najlepiéj przypadek opisany przez H i r s c h s p r u n g a, w którym u dziewczynki 5 miesięcznéj w skutek błony dziewiczéj zarośniętéj powstał otok ropny pochwy w małych rozmiarach. Już na tém miejscu dodać należy, że dziecko to przedstawiało wybitne objawy krzywicy, a nadto, że powstanie otoku poprzedzał obrzęk warg sromych najprawdopodobniéj natury zapalnéj i że obok tego w kiszce stolcowéj znachodziły się szczeliny, co razem wziąwszy łatwo wpłynąć mogło na wydzielinę błony śluzowéj pochwy w tym kierunku, że powstał otok ropiasty, cuchnący, a nie śluzowy, jak to zazwyczaj w takich razach bywa.

Wadę powyższą utworową napotykamy najczęściéj u dziewcząt w porze pokwitania płciowego, wtenczas bowiem podczas każdorazowego miesiączkowania krew wydzielona rozszerza pochwę i wywołuje różne, czasem nawet ciężkie zaburzenia. Jeżeli ilość nagromadzonéj krwi w pochwie jest znaczną, natenczas rozszerza się również i szyja a nawet cała jama macicy. Rozszerzenie to od dołu ku górze przewodu płciowego postępujące dojść może do tego, że szyja w okolicy ujścia zewnętrznego stanowi z pochwą jednostajny przewód (jak podczas porodu), a w tym razie cienkie ściany szyi przy pierwszéj lepszéj sposobności pęknięciu łatwo uledz mogą. W niektórych razach nawet trąbki biorą udział w cierpieniu i również skutkiem nadmiernego rozdęcia pękają.

Z tych względów rokowanie w tém cierpieniu jest w ogóle dosyć niepewne, zwłaszcza też w przypadkach pozostawionych bez pomocy lekarskiéj, chociaż i w tych razach przydarzyć się może, że błona dziewicza znacznie napięta, jeżeli nie jest zbyt grubą, pęka dobrowolnie. Przykład tego podaje Scanzoni (*Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane*). Téj ostateczności wyczekiwać nie należy. Zejście nawet po operacyi często bywa niepomyślne, a mianowicie w przypadkach tych, gdzie trąbki rozdęte i z sąsiedztwem pozrastane podczas lub po operacyi pękają, a treść ich do jamy brzusznéj wylana ostre zapalenie otrzewnéj wywołuje. Tłumaczenie niepomyślnych wyników operacyjnych dostaniem się powietrza do jamy macicy i wywołaniem tamże zabójczego zapalenia (Charles West) nie wydaje się prawdopodobnem.

W obec *hymen imperforatus* i następstw ztąd wynikłych pochwa bywa, jak to już wyżéj wspomniano, niepomiernie wydłużoną, rozszerzoną, gładką; ściany jéj grubsze, opór znaczniejszy. Kurczliwość niezwykła tychże świadczy o udziale

czynnym mięśni gładkich, który to stan Rokitansky nazwał przerostem odśrodkowym pochwy (*excentrische Hypertrophie*); błona dziewicza bywa zazwyczaj na kilka milimetrów grubą w przypadku przez Salvagnaca opisanym wynosiła grubość téjże przeszło 16 cm.

Krew za błoną dziewiczą nagromadzona jest gęstszą i bez zapachu, barwy ciemno czekoladowéj. W przypadkach nader rzadkich, do których niniejszy się zalicza, napotykamy w przypadkach *atresiae vaginae hymenalis* zamiast krwi ropę w pochwie, w których to razach rozpoznajemy *pyocolpos*, względnie *pyometra et pyosalpinx*. Przypadek podobny opisał właściwie tylko Voisin i Hirschsprung (wyżéj przytoczony), opisane bowiem przez Eppingera, Norstroema i Kuhna tutaj nie należą, ponieważ rozchodzi się w nich o wady nabyte a nie utworowe, w których to razach tłumaczenie powstania otoku ropnego żadne nie napotyka trudności. Tak samo w razach jednostronnego *Pyocolpos*, w przypadkach *vaginae septae* łatwo wytłumaczyć można obecność ropy tém, że przegroda dzieląca pochwę dobrowolnie pękła i powietrze do jamy pierwotnie krwią wypełnionéj się dostało, co w następstwie wywołało ropienie. W rzeczywistości tak się sprawa przedstawia w przypadkach opisanych przez Breiskiego, (*Archiv. f. Gynaekol.* 1871) Brausa (*Berlin. Klin. Wochenschrift* 1884) i Neudörfera (1873). Przypadków opisanych przez Hussona, Puecha i Duncana, przytoczonych przez Schroedera, jako niedostępnych zużytkować i ocenić w niniejszéj pracy nie mogłem.

Zastanawiając się nad opisanym przypadkiem i nad owemi, w których treść pochwy w skutek zarośnięcia błony dziewiczéj nie jest ropną lecz krwawą, dotknąć musimy przedewszystkiém dzisiejszych zapatrywań o ropieniu w ogóle. Zapatrywania te są dwojakie. I tak wszyscy chirurgowie prawie a oprócz nich Weigert i Cohnheim są zwolennikami zapatrywania, że ropienie tam tylko powstać może, gdzie działa jad gnilny, tj. szereg mikroorganizmów, dokładniéj jeszcze nieokreślony. Drudzy na podstawie doświadczeń dochodzą do wniosku, że zapalenie ropne powstać może także bez działania istót mikroorganicznych, jeżeli działają pewne istoty chemiczne (np. rtęć, ol. crotonis i t. d.) a do tych należą Uskoff, Orthmann, Councilmann i inni. Działania jednak istót chemicznych doświadczalnie ropienie sprowadzających u człowieka przypuścić nie możemy, a to dlatego, że w razie ich powstania w ustroju działaćby mogły jedynie w rozcieńczeniu tak znaczném, że staje się bezskuteczne.

Kwestyja ta schodzi się z drugą sporną a mianowicie, czy w ustroju normalnym znajdują się mikroorganizmy bez szkody dla tegoż; obecność ich bowiem tłumaczyć by nam mogła powstawanie ropienia w częściach odległych od powierzchni ciała wewnętrznych i zewnętrznych, których obrażenia nieznaczne nawet stanowić mogą drogę do wnikania tychże.

I pod tym względem badacze dzielą się na obozy. Jedni jak Tiegel, Zahn, a w ostatnich czasach Nencki, przechowując części tkanek i ochraniając je o ile możności od wszelkich wpływów zewnętrznych, skłaniają się na podstawie znalezionych w nich zmian gnicia do zapatrywania, iż tkanki normalne zawierają zawsze mikroorganizmy. Inni, jak Koch, na podstawie niemożności wykazania w niektórych razach mikroorganizmów drobnowidowo sprzeciwiają się twierdzeniu pierwszych.

W obec jednak stanowczego zdania powyżéj przytoczonego, iż ropienia eksperymentalnie wywołane powstają na tle pasorzytném, wobec pojawiania się ognisk ropnych w ukrytych częściach ustroju, wobec wykazanego związku między mikroorganizmami a zapaleniami ostremi szpiku kostnego, powstającemi pod wpływem urazu bez obrażenia zewnętrznego, wobec zakaźnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, przypuścić i za słuszne uznać można twierdzenie tych badaczy, którzy przypuszczają obecność mikroorganizmów w ustroju normalnym czyto stałą, czy chwilową. Powracając do przypadku opisanego przypuścić musimy, że i tutaj ropienie powstało w skutek działania mikroorganizmów najprawdopodobniéj od strony kiszki stolcowéj a wniknięcie to ułatwione mogło być przypadkowém lub powierzchownem owrzodzeniem, czego dowodem przypadek Hirschsprunga, powyżéj przytoczony. Działanie tych mikroorganizmów ułatwione było zmianami w warstwach ścian kanału rodnego, wywołanemi mechaniczném działaniem treści, która rozciągając te tkaniny sprowadzić musiała zaburzenia w krążeniu a tém samém w odżywianiu, w skutek czego odporność tkanek uległa zmniejszeniu.

Nie wykluczoną jest także możebność pośredniego działania mikrorganizmów, jeżeli ropień, choćby mały, w przegrodzie odbyto — lub męcherzowo-pochwowéj przebił się do pochwy.

Co się tyczy leczenia, to sposób użyty w przypadku opisanym okazuje się najprostszym i pod każdym względem najodpowiedniejszym.

II. O laparotomii w przypadkach przedziurawienia żołądka i jelit.

Wykład wypowiedziany na Zjeździe przyrodników w Magdeburgu
przez prof. **Mikulicza.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12).

Przypadek opisany przez Chaputa (*Perforation de l'appendice ileo-coecal par corps étranger*) przedstawia wielkie podobieństwo do przypadku drugiego przezemnie obserwowanego. U mężczyzny zresztą całkiem zdrowego wystąpiły objawy przedziurawienia, a obok nich zwiększona odporność i stłumienie po nad prawym dołem biodrowym. Przypuszczając wgłobienie jelita przystąpiono do laparotomii i po wypuszczeniu 400 grm. kałowo cuchnącéj ropy zamknięto jamę brzuszną, nie znachodząc żadnych uchwytnych zmian w jelicie. Śmierć nastąpiła w 15 minut po operacyi, a sekcyja wykazała przedziurawienie wyrostka robaczkowego przez kamyk kałowy wywołane. Chaput poprzestał również tylko na wydaleniu wypociny, nie śledząc daléj za miejscem przedziurawienia, aby je szwem zamknąć, co zresztą w jego przypadku byłoby bezowocném, gdyż u chorego był najwyższy stopień zapadu. Zresztą ograniczały się zabiegi operacyjne w obec przedziurawienia jelita jedynie do wydalenia nagromadzonéj wypociny drogą przekłucia lub nacięcia z użyciem sączków lub bez takowych i z tego powodu skierowane były tylko przeciw zapaleniu otrzewny nie uwzględniając bynajmniéj jego przyczyny. W kilku przypadkach miano w ten sposób osiągnąć wyleczenie i tak Israel (l. c.) w Towarzystwie lekarskiém berlińskiém zdawał sprawę z rozległego zapalenia otrzewny w przypadku przepukliny pachwinowéj prawéj nie dającéj się odprowadzić. Gdy w przebiegu wykonanéj operacyi nie napotkano przepukliny, rozszerzył Israel ranę, wypuścił znaczną ilość silnie cuchną-

céj ropy i przeplukał tymolem. Chory wyzdrowiał, a Israel przypuszczał, że zapalenie otrzewny wzięło początek z przedziurawienia wyrostka robaczkowego. Wątpliwość jednak nasuwa się, czy podejrzywany w tym przypadku otwór przedziurawienia wolno komunikował z jamą brzuszną, czy téż raczéj był od samego początku zlepami zamknięty, jak to właśnie w têm cierpieniu pospolicie się przydarza. Bardzo dokładne zestawienie dotychczasowych usiłowań w kierunku operacyjnego leczenia ropnego zapalenia otrzewny bez względu na sposób jego powstania znaleść można w pracy Kaisera (*Archiv f. klin. Med.* T. XV p. 74. *Über die operative Behandlung der Bauchempyeme*), nader pouczającéj i gruntownéj. Przytacza on przypadek Piorrego, gdzie po przedziurawieniu okrężnicy i następowém zapaleniu otrzewny ropno-posokowatém przedsięwzięto punkcyję i drenowanie. Chory w 4 tygodnie zakończył życie. Nie tu miejsce wchodzić bliżéj w kwestyję operacyjną ropnego zapalenia otrzewny bez uwzględnienia przyczyny tegoż, którą najprzód poruszył Kaiser, a świeżo wznowił Leyden; ja z méj strony zupełnie przechylam się do zdania Leydena i Kaisera, że dotąd w téj chorobie rzadko tylko starano się wydalić wypocinę według powszechnie zresztą przyjętych i przestrzeganych prawideł chirurgicznych. Nie będę również roztrząsał tu pytania, czy jednorazowa, czy téż powtarzana pukcyja trójgrańcem, czy krótkie nacięcie i drenowanie, czy nakoniec szerokie otwarcie jamy brzusznéj z dokładną toaletą jamy otrzewnowéj, najwięcéj odpowiada celowi, to jednak nie ulega żadnéj wątpliwości, że skoro przedziurawienie żołądka lub jelita jest rzeczą pewną lub przynajmniéj prawdopodobną, tak wszystkie co dopiero wymienione jakotéż i inne zabiegi są tylko środkami połowiczemi i że naówczas jedynym słusznym i odpowiednim zabiegiem jest szerokie roztwarcie jamy brzusznéj, celem wyszukania miejsca przedziurawienia i zespojenia go szwem. Głęboko przekonany, że ta droga zyska sobie z czasem powszechne uznanie i lepsze wykaże rezultaty, niźli dotychczasowe wyczekiwanie, nie mogę jednak zaprzeczyć, iż wykonanie saméj operacyi w każdym poszczególnym przypadku natrafia chwilowo jeszcze na znaczne bardzo trudności, które z czasem przy większém doświadczeniu w tym kierunku dadzą się wprawdzie zmniejszyć, lecz może nie całkiem usunąć. Nie obawa jednak przed otwarciem jamy brzusznéj, odwodząca jeszcze w ostatnich latach od zabiegu operacyjnego w chorobie na pewne prawie śmiertelnéj, stanowi ową przeszkodę, trudność leży bowiem, jak to powszechnie podnoszą chirurdzy, w rozpoznaniu dosyć wczesném powyższego stanu. Zewsząd prawie dochodzą skargi, jak trudném, często niemożliwém jest niestety ścisłe rozpoznanie przedziurawienia żołądka lub jelita w pierwszych okresach, kiedy operacyja przedstawia jeszcze widoki powodzenia, a późniéj gdy przebieg dalszy upewnił rozpoznanie, zwykle téż zapalenie otrzewny razem się rozpostarło i minął czas pomyślny dla operacyi. Te względy bez wątpienia wstrzymywały dotąd chirurgów i internistów od podjęcia zabiegu operacyjnego, ale nasuwa się tutaj pytanie, czy trudność rozpoznawcza stanowi istotnie przeszkodę nieprzezwyciężoną i czyli już rozwinięte zapalenie otrzewny odbiera wszelkie widoki operacyi? Zdaniem mojém zapatrywania te posunięto nieco za daleko i sądzę, że jeżeli nie wszystkie to znaczna ilość przypadków jeszcze przed rozwojem zapalenia otrzewny lub mimo takowego z powodzeniem może być przedmiotem operacyi. Przedewszystkiém więc trzeba zadać sobie pytanie: czy poczynające się, lub już w pełnym rozwoju będące zapalenie otrzewny jest bezwzględném przeciwwskazaniem dla laparotomii?

Bezwątpienia spodziewać się można skromnych tylko wyników w przypadkach powikłanych już z zapaleniem otrzewny, lecz mimo to niesłusznie obniżaliśmy dotąd wartość rezultatu, odmawiając nawet próbom operacyi prawa słuszności. Do tak pesymistycznego zapatrywania nie mało przyczynia się dzisiejsze stanowisko chirurgii brzucha. We wszystkich większych operacyjach brzucha staramy się działać jedynie w nienaruszonéj otrzewnie, i nie obce są nam środki powstrzymujące zakażenie otrzewny po operacyi, tak że w tym kierunku przynajmniéj możemy ręczyć prawie za przebieg. W zapaleniu otrzewny po przedziurawieniu nie można myśleć oczywiście o pewném rokowaniu, co nadzwyczajnie utrudnia decyzyję lekarza i rodziny chorego. Główny powód biernego zachowania się z naszéj strony w obec zapalenia otrzewny po przedziurawieniu leży w nazbyt niekorzystném wyobrażeniu naszém o możliwości w ogóle zejścia pomyślnego zapalenia otrzewny. Zaiste w tym względzie doświadczenie chirurgów jest bardzo smutne, ostre zapalenie otrzewny bowiem dołączające się do zabiegów operacyjnych przebiega prawie zawsze śmiertelnie a wszelkie usiłowania powstrzymania go przez otwarcie jamy brzusznéj i toalety otrzewny, o ile mi wiadomo, dotąd zawsze zawodziły. Z drugiéj strony doświadczenie zyskane z przypadków zapalenia otrzewny poucza o możliwości zupełnego wyleczenia po wydaleniu wypociny. Bardzo wiele stanowi z pewnością w téj mierze rodzaj powstania procesu zapalnego otrzewny. Jeśli w czasie laparotomii otrzewna na znacznéj przestrzeni uległa zakażeniu a nadto jeszcze inne stosunki niepomyślnie się ukształtują, np. większe powierzchnie ranne otwarte w otrzewnéj, nagromadzenie się większych ilości wydzieliny, powstanie martwych przestrzeni itp., wówczas wznowiona laparotomija nie zdoła usunąć warunków podtrzymujących zapalenie otrzewny, a nie mniéj także desinfekcyja doszczętna otrzewny zakażonéj odrazu na wielkiém polu udaje się o wiele trudniéj aniżeli tam, gdzie zakażenie pierwotne z jednego punktu wzięło początek. W przebiegu zapalenia otrzewny po przedziurawieniu i we wielu innych jéj formach powstania, zwłaszcza w postaci połogowéj, cała otrzewna z gruntu jest nienaruszona i zazwyczaj téż do swych funkcyj uzdolniona, tak, że wessanie nagromadzonéj wydzieliny, a co ważniejsza jeszcze wytworzenie się zrostów i odgraniczenie pierwotnego ogniska zakaźnego, może się dokonać na każdém miejscu w sposób należyty i ująć w karby zapalenie otrzewny. Nie zawsze też po przedziurawieniu ogarnia proces zapalny całą otrzewnę z jednakowém natężeniem, często bowiem tworzą się zlepy, które co prawda rzadko tylko zamykają bezpośrednio miejsce przedziurawienia, często jednak skupiają zapalenie otrzewny na mniejszym lub większym jéj odcinku. Również pomyślne widoki uleczenia stwarza się oczywiście, jeśli można równocześnie, jak to ma miejsce w obec przedziurawienia, znieść przyczynę, która wznieca proces zapalny. Z przypadku laparotomii opisanego przez mego asystenta Dra Schramma[1]), który operowałem

[1]) *Die Laparotomie bei innerem Darmverschluss*, *Langenbecks Archiv* XXXIII, 4 Heft. Ze względu, że nie jednemu z czytelników praca ta bliżéj jest nieznaną a zamiarem moim jest odwołać się jeszcze późniéj do tego przypadku, nakreślę go tu przeto pokrótce (*Centralblatt für Chir.* 1884, Nr. 7; odnośnie do tego przypadku i dwóch innych przezemnie operowanych tyle tylko zaznacza, że wykonałem trzy laparotomije, które zakończyły się śmiercią).

już przed 1 ½ rokiem z przyczyny zwężlenia jelita, wyniosłem doświadczenie, że zapalenie otrzewny surowiczo-włóknikowe z obfitą wypociną po laparotomii całkowitém wyleczeniem kończyć się może. Drugi z opisanych tu przypadków pouczył mnie, że w najgroźniejszéj formie ropno-posokowatéj przez wydalenie wypociny chwilowe polepszenie sprowadzić można, a również w przypadku Boullego po laparotomii objawy zapalenia otrzewny nie powtórzyły się więcéj. Trzeci mój przypadek, jakoteż opisane przez Israela i Littena, dowodzą wymownie, że w zapaleniu otrzewny ropnoposokowatém wyzdrowienia zupełnego wykluczyć nie można. Znane są pomyślne wyniki Keatha, Spencer-Wellsa i innych, podejmujących owaryjotomiję w przebiegu rozgrywającego się zapalenia otrzewny, a pouczającą nie mniéj jest liczna kazuistyka, zestawiona przez Kaisera w wspomnianéj już pracy o leczeniu operacyjném otoków brzusznych. Prócz pojedyńczego przypadku z kliniki Kussmaula, ocalonego przez wielokrotne punkcyje, przywodzi Kaiser z literatury cały szereg innych uleczonych z ropnego a nawet posokowatego zapalenia otrzewny już to przez dobrowolne przebicie się wypociny na zewnątrz lub do jelita, już też przez sztuczne wydalenie jéj drogą punkcyi lub nacięcia i drenowania. Słusznie zauważył Kaiser, że w stosunku do częstości zapalenia otrzewny zbyt rzadko podejmowano zabieg operacyjny, zwłaszcza po ranach postrzałowych i pęknięciach. Zdaniem jego nie dość ograniczyć się do punkcyi, lecz należy wykonać dostatecznie wielkie nacięcie i założyć sączki, ewentualnie przystąpić do oczyszczenia jamy brzusznéj.

Widoki uleczenia zapalenia otrzewny po przedziurawieniu jelita zawisły głównie od mniéj lub więcéj ostrego przebiegu i formy procesu zapalnego. Forma ostra w ciągu kilku godzin śmierć pociągająca już z tego powodu nie wielkie obudza nadzieje, że mało użycza czasu do działania; pomyślniejszym o wiele jest zrazu ograniczony proces zapalny, jaki zazwyczaj łączy się z przedziurawieniem wyrostka robaczkowego. Z pośród przedziurawień urazowych bezwarunkowo lepiéj każą rokować małe pęknięcia i rany kłute, jakoteż bezpośrednie zmiażdżenie ściany jelita, prowadzące do przedziurawienia, aniżeli zranienia postrzałowe, gdzie z przyczyny wywinięcia się błony śluzowéj trudno oczekiwać chwilowego zamknięcia miejsca przedziurawienia lub pózlew z naprzeciw położoną częścią otrzewny, gdzie przeto od razu większa ilość treści jelita wpływa do jamy brzusznéj. Rozległe rany kłute i pęknięcia, jak np. całkowite oderwanie się jelita w pobliżu dwunastnicy, nie obudzają wielkich nadziei wyleczenia. Za pomyślniejsze od urazowych należy uważać w ogólności przedziurawienia z wrzodów wychodzące, gdzie poprzód powstałe zlepne zapalenie otrzewny tamuje często nagłe przebicie ściany jelita. Decydującym przeto istotnie jest przebieg zapalenia otrzewny zrazu się rozwijającego, a w tym kierunku można rozróżnić trzy formy:

1) zapalenie w formie nader gwałtownéj przebiegające i prowadzące wśród 24 godzin do śmierci;

2) formę ostrą, ciągnącą się 2, 3—4 dni;

3) formę przyostrą, całkiem wolno postępującą, która po 5—8 lub 15 dniach często nawet później śmiercią się kończy. Postać pierwsza wtedy tylko może być przedmiotem leczenia, jeśli pomoc jest natychmiastowa, a rozpoznanie od razu jest zapewnione, inaczéj przypadki te do straconych liczyć potrzeba. Forma druga pozostawia zawsze dość czasu dla wykonania operacyi, jeśli poprzestanie się na kilkogodziinnéj obserwacyi, a potém szybko przystąpi się do aktu operacyjnego. W formie trzeciéj wreszcie, gdzie objawy zapalne dopiero 2go lub 3go dnia się pojawiają, najwięcéj da się usprawiedliwić wyczekiwanie. Co do okresu zapalenia otrzewny, w którym wykonanie operacyi jeszcze może mieć racyję, to. jakkolwiek z jednéj strony pożądaném jest równocześnie z wystąpieniem pierwszych objawów zapalnych uciec się do laparotomii, z drugiéj strony nawet już w daleko posuniętym okresie zapalenia jeszcze skutku spodziewać się wolno, jak tego dowodzą przytoczone wyż przypadki. Mierny stopień zapadu nie powinien również sprowadzać z drogi usiłowań zmierzających do ocalenia chorego, potwierdzeniem czego wzmiankowana praca Schramma, w któréj uwidocznione są przypadki niedrożności jelita, operowane z powodzeniem śród spotęgowanego już zapadu. Oczywiście rozważyć trzeba w każdym szczególnym przypadku, czy zapad chorego zwiastuje stadyjum końcowe zapalenia otrzewny, czy też jest on tylko wynikiem przytłumienia nerwowego po przedziurawieniu jelita, gdyż w pierwszym razie operacyja pozostanie na pewne bez skutku. Uwzględniając zapalenie otrzewny możnaby w ogólności, jak długo przyszłe dodatnie doświadczenia nie wskażą dalszych ograniczeń, wskazania do laparotomii ująć w następną formułę: Zapalenie otrzewny samo przez się nie jest przeciwwskazaniem do operacyi, którą podjąć się godzi w każdym okresie zapalenia otrzewny, dokąd tylko siły chorego na to zezwalają. Wstadyjum końcowém zapalenia otrzewny, nitkowate i nader częste, ledwo wyczuwalne tętno, a zwłaszcza niska ciepłota ciała (niżéj 36°) jest dla nas wskazówką do zaniechania operacyi. Zresztą wykonanie zabiegu operacyjnego zawisło nadto jeszcze od obecności lub braku innych momentów, nie zostających w bezpośrednim związku z zapaleniem otrzewny, jakoto rozległe zranienia, znaczny stopień niedokrewności, ogólna gruźlica itp.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Mężczyzna, lat 29, okazuje od dni kilku objawy *Ileus;* rozpoznano zapalenie otrzewny w skutek uwięźnienia wewnętrznego lub skręcenia się jelit. Przy laparotomii wydalono około litr cieczy mętnéj zmięszanéj z strzępami włóknika i usunięto przeszkodę. Jeszcze tegoż samego dnia oddał chory obfity stolec a przebieg w pierwszych dniach czterech był pomyślny, prawie bezgorączkowy; w dniu 5ym przystąpiło zapalenie płuc; w dniu 9ym wszystkie szwy brzuszne się rozeszły, a rana rozstąpiła się w zupełności. Pokryta ziarniną pętla jelita usadowiła się w głębi rany, lecz do objawów zapalenia otrzewny więcéj nie przyszło; w skutek założenia szwów następowych z drutu srebrnego odsłonięta pętla jelita uległa w jedném miejscu przetarciu, które sprowadziło w następstwie przetokę kałową. Wszelkie starania zamknięcia przetoki lub zmniejszenia rany zewnętrznéj nie odniosły skutku, większa część treści jelita odpływała na zewnątrz. W 4 tygodnie po operacyi chory skutkiem wycieńczenia życia dokonał.

III. Dżuma w Iraku arabistańskim w r. 1884.

podał Dr. W. Jabłonowski w Bagdadzie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12).

Przypady. Wyczerpujące opisy przypadów charakteryzujących dżumę, jakie spotykamy w dziełach klasyków, czynią zbytecznem podawanie ich tutaj porządkiem klinicznym. Jednakże dla zdania sobie sprawy z epidemij panujących na Wschodzie tureckim uważam za stosowne podać porównawczy przegląd przypadów, zauważanych u małéj ilości chorych leczonych w szpitalach, z pojawami zarazy zauważanemi w ostatniéj epidemii dżumy w Iraku. Podobny

przegląd przekona nas, że zaraza za każdorazowym swym wybuchem przedstawiała pewną różnicę w rozwoju przypadów, z których jedne występowały z bardzo gwałtowną siłą, podczas gdy inne nieco łagodniejsze, zdawały się dominować nad ogólnym patologicznym stanem wyróżniając go w części od prawidłowego przebiegu postaci klinicznych. Nie posiadając jednak dokładnych sprawozdań z epidemii dżumy, które tu grasowały w latach uprzednich, tylko co podane wnioski muszę jedynie oprzeć na faktach, jakie obserwowałem w przebiegu ostatniéj tu epidemii. O czasie, jakiego zaraza potrzebowała do swego przyswojenia się, wspomniałem już uprzednio. Tu więc jeszcze powtórzę, że ośmiodniowy okres zaznaczony jako kres wylęgania nie znalazł potwierdzenia w przebiegu tutejszéj zarazy. Zakażenie bowiem rozpoczynało się tu od objawów ogólnych z przebiegiem szybkim a nawet gwałtownym, i zwykle po upływie dwóch dni, decydującym o fatalném zakończeniu się choroby, lub też bardzo powolnym z trudnym powrotem do zdrowia. Z porównania obrazu klinicznego zarazy z postacią jéj tu obserwowaną najlepiej się o tém przekonamy.

Obraz kliniczny:	Postać zarazy w Iraku:
Niedomaganie.	Wysoki stopień ogólnego osłabienia.
Uczucie zimna.	Dreszcze bardzo silne, częste i nieregularne.
Ogólne bóle głowy.	Bóle nadzwyczaj ostre, umiejscowione w okolicy skroniowéj.
Zawroty.	
Ogłuchnięcie.	Szum w uszach.
Chwianie się w pozycyi stojącéj.	Stanie niemożebne, niekiedy kurcze i bóle kłujące w przebiegu mięśni.
Bezsenność, lub sen krótki przerywany i niespokojny.	Stan odurzenia i śpiączka, majaczenie i sny przerażające.
Twarz wyrażająca przestrach.	Policzki zapadłe, kurcze w mięśniach twarzy i kątach ust.
Stan obłędu spokojnego.	Obłęd zawsze gwałtowny. Drgawki i wstrząśnienia.
Spojówka nastrzykana.	Oczy zaczerwienione, błyszczące, szkliste, najczęściéj zwrócone w kąty oczodołów. Bóle kłujące lub piekące w gałkach ocznych. Źrenica zwężona. Bóle drące w stosie pacierzowym, pod pachami, w lędźwiach i pachwinach.
Oddech trudny, jednak bez wyraźnych powikłań po stronie płuc.	Oddech przyspieszony obojczykowy, zawsze połączony z bólami. Częsty ostry nieżyt oskrzeli. W licznych przypadkach zapalenie zrazowe płuc i zgorzelina.
Tętno wydatne i częste 88—100.	Tętno nędzne, słabe, bardzo przyspieszone 92—116.
Wysoka ciepłota ogólnych powłok skóry.	Skóra tylko w pewnych okolicach gorąca i sucha.
Ciepłota pod pachą 39° do 40,3° C.	Ciepłota 40°—41,7° C.
Język wilgotny, biały.	Język na pół suchy, obłożony biało, z żółtawą powłoką.
Pragnienie nieznaczne.	Nieuśmierzone pragnienie.
Apetytu brak zupełny.	Gwałtowna skłonność do pokarmów płynnych lecz tłustych. Bóle kłujące w okolicy odźwiernika. Brzuch wzdęty.
Częste wymioty, wodniste, żółtawe.	Płyn wydalony przez wymioty skąpy, gęstawy lub śluzowy. Krwotoki żołądkowe u kobiet i dzieci. Głębokie ściskające bóle w wątrobie.
Bóle brzucha i biegunka.	Zatwardzenie. Kał wydalony koloru brunatnego lub popielatego, bardzo cuchnący.
Bóle kłujące w nerkach moczowodach.	Ciężkość bardzo dolegliwa w okolicy dna pęcherza moczowego. Moczenie trudne.
Mocz, jak u dotkniętych durem.	Ilość moczu skąpa, jakość nie stała. Chlorany i fosforany zmniejszone. Siarkany przeważniéj. Ślady tyrozyny. Ślady ciałek krwi w moczu u wszystkich chorych.
Na powłokach skórnych plamy o podstawie twardéj, zapalnéj, fijoletowe lub czarne, średnicy kilku linij, ciągle się powiększające. Wreszcie pęcherzyk, strup i zgorzel.	Brak plam. Wągliki tworzące grupy obrzmień twardych bolesnych, szybko przechodzących w zgorzel.
Dymienice w pachwinach i miejscach, gdzie były plamy.	Dymienice tylko w pachwinach i pod pachami, w rzadkich przypadkach przechodzące w stan ropienia. Pokrywająca je skóra fijoletowa lub téż wcale nie zmienia koloru. Obrzmienie i zatkanie gruczołu sutkowego.
Dymienice niekiedy znikają bez śladu.	Trwanie dymienic odpowiada przebiegowi choroby. W przypakach szczęśliwych, blizny lub tylko twarde obrzmienia trwają bardzo długo.
Ropa dymienic gęsta i dobréj natury.	Treść dymienic skąpa, na pół płynna, pomięszana ze krwią, sinica.

Z porównawczego tedy przeglądu przypadów dżumy, przeglądu opartego na obfitym materyjale klinicznym, jakiego dostarczyła nam zaraza, zapewniliśmy się o występowaniu w epidemii w Iraku arabistańskim pojawów ogólnych daleko groźniejszych aniżeli zauważono w innych punktach. Co większa tutaj dotknięci zarazą przedstawiali tylko jeden okres przebiegu choroby, któréj cechujące pojawy występowały z nadzwyczajną szybkością i siłą. Po kilkugodzinnym zaledwie okresie ogólnego niedomagania, zakażony tracił przytomność i wpadał w stan obłędu. Wkrótce zatém i z uderzającą szybkością występował szereg innych pojawów, na których fatalne zwykle zakończenie wystarczała jedna doba lub najwięcéj parę dni. Każdym więc razem, gdy chory uskarżał się na silne dreszcze, bóle drące w stosie pacierzowym, gdy wpadał w stan odurzenia, gorączkował przy tętnie zbyt przyspieszoném, gdy wymioty były krwawe, mocz zawierał ciałka krwi, wypadało tylko poddać uskarżającego się ściślejszemu badaniu, dla przekonania się, że jednocze-

śnie z powyżej wymienionemi pojawami istniało charakterystyczne obrzmienie gruczołów, głównie jednak pod pachami i w pachwinach. — Obrzmienia te, jakkolwiek od początku bolesne przy stanie odurzenia, w jakiém się znajdował chory, zwykle znoszono z cierpliwością, jednak decydowały stanowczo o naturze choroby, owéj „*Peste bubonique d'Orient!*" Były to tak zwane pojawy miejscowe, nie czekające jednak, jak to gdzieindziéj zauważano, na wystąpienie ogólnych pojawów zakażenia, lecz występujące jednocześnie i zdradzające potężną siłę zarazy. Prócz procesu patologicznego w gruczołach pod pachami i w pachwinach, gruczoły przyuszne, szyjne i niekiedy podszczękowe, przedstawiały także stan zapalny, lecz tylko u dzieci przechodziły w stan powolnego ropienia. U niektórych osób spotykałem także podobne obrzmienia w okolicy podkolanowéj. Ostatni ten jednak pojaw występował zwykle u osób silnéj budowy ustrojowéj i ci, jakkolwiek dotknięci zakażeniem, zdołali jednak uniknąć nieszczęśliwych następstw zarazy. Wreszcie w uzupełnieniu opisu pojawów cechujących dżumę w Iraku arabistańskim dodam jeszcze, że w ostatniéj epidemii rzadko spotykaliśmy plamy i wyrzuty skórne, które jednak stale istniały w epidemijach lat uprzednich, poprzedzając ogólne zakażenie i będąc zwiastunami rychłego jego rozwoju. Brak ich stanowi wydatną cechę ostatniéj epidemii. Prócz tego nie spostrzeżone dawniéj zatkanie gruczołu sutkowego, szybkie jego przechodzenie w stan zapalny, ropienie i rozpad zgorzelinowy spotykaliśmy tu często i groźny ten objaw w naszych stosunkach był wielką pomocą w rozpoznaniu zakażenia u kobiet. Słowem panująca w Iraku zaraza jeżeli co do charakteru i siły swych pojawów nie różniła się wiele od znanych z dzieł opisów, to jednak niektóre z jéj przypadków występujące czy to częściéj czy to z większą gwałtownością, nadawały jéj wyłączne piętno choroby szerzącéj się w miejscowościach, posiadających jakby wyłączny przywilej sprzyjania jéj rozwojowi i wywieranie wpływu na występowanie pojawów szczególnych.

Przenoszenie i udzielanie się zarazy. Wyłuszczone przyczyny i drogi przyswajania się dżumy wskazują konieczność szczegółowego zastanowienia się nad kwestyją o tyle ważną, o ile interesującą, mianowicie nad sposobami przenoszenia i udzielania się zarazy. Łatwo byłoby znaleść na to stósowną odpowiedź, gdyby istnienie pierwiastku z pewnością wywołującego zarazę było stanowczo wykazaném. Tego jednak dotąd nie wiemy, a co gorsza, że tak w sprawozdaniach jak i spostrzeżeniach dokonanych w miejscach nawiedzonych przez zarazę, nie spotykamy się jak tylko z przypuszczeniami sprzecznemi pomiędzy sobą, tak że można powiedzieć, że ilu było badaczy, tyle téż było najrozmaitszych opinij, zanotowanych wprawdzie i rozpowszechnionych, ale najczęściéj niezgodnych z faktami spotykanemi w praktyce. Dla nas, cośmy mieli sposobność zetknięcia się niejako z zarazą, śledzenie jéj powstania, rozwoju, przebiegu i zakończenia się, kwestyja transmisyi wreszcie, przedstawia się w odmiennych nieco zarysach, dozwalających sformułowania jeżeli nie stanowczo pewnych, to przynajmniéj prawdopodobnych zapatrywań. Przypuściwszy za przyczynę wywołującą dżumę istnienie nieoznaczonych wprawdzie, niemniéj jednak właściwego rodzaju zarodków, to im przypisujemy najważniejszą rolę, jaką bezwątpienia odgrywają w udzielaniu i przenoszeniu się zarazy z miejsca na miejsce. Przekonanie moje o istnieniu właściwego przyrzutu jest tak głębokiém, że w przyszłe wykazanie jego istnienia wątpić nawet sobie nie pozwalam. Nim to jednak nastąpi, przypatrzmy się obecnemu stanowi téj kwestyi.

W skutek rozkładu gnilnego istot organicznych powstałe zaduchy, nasycając otaczające chorych powietrze, wytwarzają atmosferę, dającą się rozpoznać i wyróżnić przez właściwy przenikający odór, który słusznie może nazwać odorem zadżumionych. Zarodki więc i powietrze zaduchowe tworząc prawdziwe ogniska są zwykle miejscami czekającemi na pierwszą sposobność, aby się rozwinąć, przerzucić i szerzyć daléj, każdym razem gdy ich siedlisko pierwotne nie zostanie ograniczoném i że się tak wyrażę, zamkniętem stósownemi ostrożnościami. Pierwszą więc i najczęstszą okolicznością sprzyjającą przenoszeniu się dżumy jest to bezpośrednie zetknięcie się zakażonych ze zdrowymi. Na poparcie tego twierdzenia posłuży parę uderzających przykładów. Dzięki nieustannym stosunkom istniejącym między mieszkańcami Iraku arabistańskiego i Lurystanu perskiego, zaraza będąca tam chorobą nagminną została przywleczoną do Bedré przez robotników młynarzy. Ci ostatni prawdopodobnie już cierpiący, znalazłszy w jednym z tutejszych młynów kilka rodzin kurdzkich swych ziomków, zostali tam przyjęci jako goście do czasu wynalezienia zajęcia. W sześć dni po ich przybyciu, mieszkańcy młyna dotąd cieszący się dobrym stosunkowo stanem zdrowia, zaczęli niedomagać i wkrótce potém cztery kobiety, jedno dziecko i dwóch starców, pierwsi padli ofiarą przywleczonéj zarazy. Jakkolwiek tak znaczna śmiertelność pośród stosunkowo małéj liczby mieszkańców powinna już zwrócić na się uwagę urzędnika sanitarnego, na nieszczęście nie miało to miejsca. Z tego powodu i mieszkańcy nie przestając uczęszczać do młyna, pozostawać tam po kilkanaście godzin nic nie podejrzywając, mieli styczność z zakażonymi, sypiali na workach lub ich rogóżkach i powracając do domów przenosili w ten sposób zarodek chorobowy w łono własnych rodzin. Taki był początek zawleczenia się zarazy najprzód z młyna do Bedré, a następnie drogą bezpośrednich stosunków mieszkańców jednych z drugimi, do Zorbatye i Dżesanu. W pierwszych chwilach szerzenia się zarazy w Bedré i przed tém, nim miejsce to zostało otoczone łańcuchem sanitarnym, dwie rodziny zdołały zemknąć z miasta, i w przekonaniu, że uwieziony chory przez zmianę miejscowości uniknie strasznych następstw zarazy, pospieszyli przedostać się najprzód do małego miasteczka Kazanieh, ażeby ztąd przenieść się następnie do Mendeli. Stało się jednak inaczéj. Chory umarł na popasie w Kazanieh. Rodzina z obawy przed odkryciem cichaczem przeniosła zwłoki do Mendeli, pochowała je na pobliskim cmentarzu, sama zaś pospieszyła zająć mieszkanie we właściwym tutejszym zajezdnym domu, pospolicie zwanym „Hau." W 14 godzin po jéj przebyciu do Mendeli, przewodnik, jedna kobieta i mężczyzna w wieku średnim zostali tknięci zarazą, która téż taką przywleczona drogą wkrótce zaczęła się szerzyć w miasteczku.

Łatwość szerzenia się zarazy za pośrednictwem odzieży, bielizny i pościeli, wełny naturalnéj lub szmat, popiera jeszcze następujący fakt. Jeden z naszych kolegów Dr. Pardalakis, przepędziwszy noc pod namiotem, gdzie przed paru dniami gospodarz właśnie umarł był z dżumy, uległ gwałtownym pojawom zarazy, przebył ją wprawdzie szczęśliwie, lecz nabył przekonania, że na cudzych rogóżkach lub dywanie sypiać nie zawsze bywa bezpiecznie! Jedném słowem szerzenie się zarazy przez zetknięcie się z chorymi,

lub nawet tylko z ich odzieżą, w czasie ostatniéj epidemii w Iraku arabistańskim zostało potwierdzoném faktami nie dającemi się zaprzeczyć. One téż również zdają się przemawiać i za istnieniem właściwego zarodka, który śród warunków sprzyjających, mianowicie przy odpowiednim i właściwym mu stopniu ciepłoty, drogą przerzutu, sprzyja dalszemu szerzeniu się zarazy. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. O. Messerer (w Monachijum): **O znaczeniu sądowo-lekarskiém rozmaitych postaci złamań kości.**

Autor, docent chirurgii w Monachijum, znany jest z kilku prac doświadczalnych, odnoszących się do przedmiotu niniejszego; a mianowicie w r. 1880 ogłosił rzecz p. t. *Uiber Elasticität u. Festigkeit der menschlichen Knochen*, a w r. 1884 *Experimentelle Untersuchungen über Schädelbrüche*, obie prace objaśnione licznemi tablicami, a zwłaszcza w ostatniéj autor nietylko zestawia prace dawniejsze, jak Schranza w Wiedniu, Schwartza, Rückera, Hermanna i Wahla w Dorpacie, Arana i Félizeta w Paryżu i innych, ale opierając się na własnych doświadczeniach, wykonanych za pomocą umyślnie sporządzonego aparatu na przeszło 80 świeżych trupach, podaje wnioski swe bardzo cenne dla chirurgii i medycyny sądowéj.

Jeżeli pierwsze te prace tyczyły się wyłącznie uszkodzeń kości czaszkowych, to obecna, będąca wyciągiem z wykładu, mianego w Towarzystwie lekarskiém monachijskiém, obejmuje cały system kostny, a ponieważ ona zawiera wnioski bardzo ważne, pospieszamy ze zdaniem z niéj sprawy dla czytelników naszego tygodnika w przekonaniu, że ona będzie pożądaném dla kolegów, którzy nie mieli sposobności zapoznania się z wykładem Dra Messerera, jako ogłoszonym w czasopiśmie specyjalném.

W praktyce sądowolekarskiéj ważną jest kwestyja, w jaki sposób i w jakim kierunku zadane zostało obrażenie, znalezione na człowieku żywym lub zmarłym. Jeżeli odpowiedź na to pytanie jest dosyć łatwą, ile razy się rozchodzi o uraz części miękkich, to w obec obrażenia kości jest ona o wiele trudniejszą, a stała się możliwą dopiero na podstawie badań najnowszych. Ponieważ badania te są porozrzucane po rozmaitych czasopismach chirurgicznych i oddzielnych traktatach, więc nic dziwnego, że nie pozyskały jeszcze prawa obywatelstwa w dziełach o medycynie sądowéj, nawet najnowszych.

I. Złamania kości czaszkowych.

W dwojaki tylko sposób czaszka uledz może złamaniu: albo w skutek przesunięcia się części poszczególnych, albo w skutek rozsadzenia czyli pęknięcia. Czaszka zachowuje się w obec urazu, jak orzech włoski, który ugnieciony palcami lub uderzony doznaje uszkodzenia w skutek załamania się części ugniecionych lub uderzonych, albo też rozpada się i pęka, a więc mamy albo załamanie albo też rozpadlinę *(fissura)*; rozumie się samo przez się, że jedno i druga równocześnie obok siebie istnieć mogą.

1. Załamania.

Od dawien dawna załamaniom rozmaite nadawano nazwy, i tak mamy załamanie właściwe, załamanie rurkowate (*Lochbruch)*, załamanie gwiazdowate, połączone ze zdruzgotaniem, wgnieceniem i zaklęknieniem; tu należą także odosobnione odszczepienia blaszki szklistéj.

Rozmiary załamania odpowiadają obszarowi przedmiotu uraz wywołującego. Zwłaszcza załamania rurkowate zachowują się zupełnie tak samo jak rany kłute czaszki, a wiadomo, że postać wkłucia w czaszce z powodu jéj plastyczności odpowiada w zupełności przekrojowi użytego narzędzia, tak że w danym przypadku ocenić można, czy rana kłuta zadana została nożem lub narzędziem stożkowatém lub wieloboczném, oraz gdzie ostrze noża a gdzie tylec był skierowany.

Jeżeli więc postać załamania pozwala wnosić o objętości narzędzia, to od siły użytéj zależy, czy załamanie nastąpiło zupełne lub nie. I tak powstają załamania rurkowate, jeżeli siła była znaczną, w przeciwnym razie występują wgniecenia lub odszczepienia blaszki szklistéj. Wiadomo, że broń palna wywołuje na czaszce w miejscu wstrzału otwór o brzegach ostrych; ztąd wniosek zdawałby się usprawiedliwiony, że ile razy znajdujemy na czaszce otwór o takich brzegach, mielibyśmy prawo sądzić, że narzędzie działało z wielką szybkością. Tymczasem doświadczenia autora wykazały, że nawet skutkiem powolnego gniecenia można wywołać otwór rurkowy o brzegach całkiem ostrych. Okoliczność ta więc zasługuje na uwagę pod względem sądowolekarskim.

Wprawdzie załamania zwykle następują w miejscu, gdzie działał uraz, jednak często się także zdarza, że uszkodzenie nadto występuje na miejscu, w którém czaszka śród urazu spoczywała na podstawie jakiejś, co większa, występuje czasem wyłącznie na tém miejscu, podczas gdy miejsce bezpośrednio ugodzone okazuje się nie uszkodzoném. Tak samo i orzech włoski, leżący na stole, uderzony pięścią, załamuje się czasem w miejscu, którém do stołu przylegał, podczas gdy miejsce uderzone pozostaje nietkniętém. Wprawdzie, jeżeli uderzenie w głowę ma miejsce od strony czoła lub tyłogłowia lub z boku, o spoczywaniu głowy na podstawie jakiéjś zazwyczaj nie ma mowy, chyba, jeżeli np. na człowieka, leżącego na ziemi, spada jakieś ciało ciężkie; natomiast, jeżeli człowiek stoi lub siedzi, głowa zawsze spoczywa na podstawie naturalnéj, na kręgosłupie. W takich razach uderzenie, zadane w sklepienie czaszki, wywołuje częstokroć złamanie nietylko na sklepieniu, ale i na części czaszki, przylegającéj do podstawy, a złamania te ostatnie mają postać charakterystyczną. W skutek odporu kręgosłupa części kłykciowe potylicy, piramidy kości skalistych i *clivus Blumenbachii* wparte zostają ku wewnątrz, a ztąd powstaje załamanie pierścieniowate, odpowiadające obszarowi urażającemu, t. j. kręgosłupowi szyjnemu. Tym sposobem najczęściéj powstają złamania podstawy czaszkowéj pierścieniowate

Fig. 1.

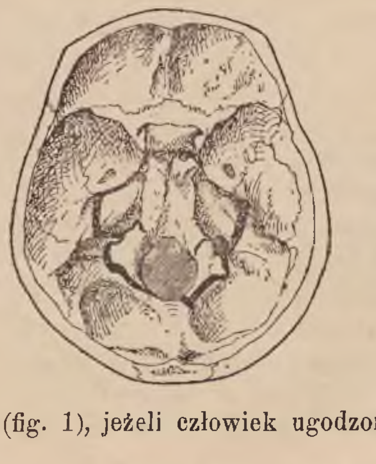


Fig. 2.



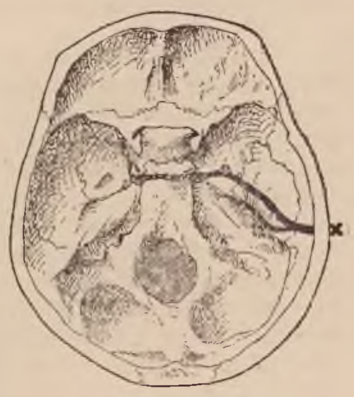
(fig. 1), jeżeli człowiek ugodzony zostaje w sklepienie, lub

jeżeli spada na wierzchołek głowy; ale powstają one także po upadnięciu na stopy, na kolana lub pośladek, a wtedy mechanizm jest ten sam, którym się posługujemy, aby żelazo młota wpędzić do rękojeści, — uderzamy poprostu w rękojeść. Jeżeli przy sekcyi znajduje się takie złamanie pierścieniowate, nie ulega wątpliwości, że uraz działał pionowo. Złamania te atoli nie zawsze są tak wybitnemi, częstokroć znachodzi się tylko małe pęknięcie nad częściami kłykciowemi lub nad *clivus*, ale i one powstają tylko drogą bezpośrednią, przez odpór kręgosłupa, a nigdy pośrednio (fig. 2).

Fig. 3.



Fig. 4.



2. Rozpadliny (*fissurae*).

Według prawa Arana rozpadliny wychodzą zawsze od miejsca bezpośrednio ugodzonego i przebiegają do podstawy czaszkowéj na drodze najkrótszéj. Od tego prawa atoli zdarzają się tak liczne wyjątki, że one już obecnie na miano prawa nie zasługuje. Prawdą tylko jest, że rozpadlina prawie zawsze wychodzi od miejsca ugodzonego i że ztąd najczęściéj przebiega do podstawy. Tak więc w braku nawet wszelkich innych danych można w obec rozpadliny oznaczyć punkt bezpośredniego zaczepienia. Mylném okazało się także twierdzenie Félizeta, jakoby rozpadliny przebiegały wzdłuż najcieńszych części czaszki; dla tego skłaniano się w nowszych czasach do zapatrywania, że o pewnéj prawidłowości w biegu rozpadlin mowy być nie może. Autor atoli przekonał się na podstawie swych doświadczeń, że prawidłowość istnieje, a mianowicie że rozpadliny przebiegają na czaszce w kierunku południków począwszy od miejsca bezpośredniego ugodzenia aż do podstawy. I tak po uderzeniu w tyłogłowie (fig. 3, x oznacza punkt ugodzenia) powstała rozpadlina, przebiegająca do podstawy w kierunku strzałkowym; po uderzeniu w ciemię prawe (fig. 4) rozpadlina poprzeczna na podstawie, a po uderzeniu pionowém na wierzchołek głowy (fig. 5) powstały 2 rozpadliny, z których jedna przez tyłogłowie, druga zaś przez lewą stronę czaszki przebiegają ku podstawie. Jeżeli punkt ugodzenia, oznaczony krzyżykiem, uważany za biegun sferoidu, to szczeliny te wszystkie mają znaczenie południków.

Fig. 5.



Zdarzają się jednak i wyjątki od tego prawidła, jakkolwiek one są bardzo rzadkie. A mianowicie zbacza czasem kierunek rozpadliny pod wpływem miejsc cienkich w czaszce, oraz, jeżeli uszkodzenie czaszki następuje w skutek przesunięcia się poszczególnych kości; wtedy rozpadliny przebiegają prostopadle do kierunku siły działającéj, a więc w kierunku równikowym.

Z tym wynikiem doświadczeń licuje wynik sekcyj. I tak Houel, Thomas, Cauvy i Schwartz podają szczegóły odnoszące się do przebiegu złamania w kości skalistéj, Berlin (w dziele Graefego i Saemischa VI, p. 605 [1])) odnośnie do złamań oczodołu; Hermann zaś podał rezultat 29 sekcyi, sprawdziwszy w 17 przypadkach poprzecznego złamania podstawy czaszkowéj uderzenia zadane przeważnie w kości boczne, a w 12 przypadkach pęknięcia strzałkowego podstawy uraz działający na czoło lub tyłogłowie. Tylko uderzenia w sklepienie według niego wywołują pęknięcia, rozpromieniające się ku podstawie tak w kierunku poprzecznym, jako i podłużnym, z czém zgadzają się spostrzeżenia autora, według których uraz działający prostopadle pociąga za sobą rozpadliny, przebiegające tak przez kość czołową i potylicę, jakoteż przez kości ciemieniowe w kierunku południkowym. Jakkolwiek we wnioskowaniu sądowolekarskiém należy być bardzo ostrożnym, to jednak nie ulega przynajmniéj żadnéj wątpliwości, że pęknięcie strzałkowe podstawy nigdy nie powstaje w skutek uderzenia w boczne części czaszki, jak pęknięcie poprzeczne podstawy nie powstaje w skutek uderzenia zadanego w czoło lub tyłogłowie [2]).

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XXII posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 4 marca 1885.

Przewodniczący kol. prof. Rosner. Członków obecnych 24.
Jako goście Drowie Bogdanik z Biały, Łucki z Oświęcimia, Tarchalski z Zatora, Bossowski z Krakowa.

1) Kol. prof. Mikulicz przedstawia dziewczynkę, u któréj wykonał artroktomię kolana, ze skutkiem bardzo pomyślnym, przyczém mówi szerzéj o metodzie i historyi téj operacyi.

W dyskusyi kol. prof. Obaliński zwraca uwagę, że już przed Volkmannem usiłowano osobliwie u dzieci, ograniczyć wycinanie części chorych do wydobycia schorzałéj torby, jak o tém świadczy artykuł umieszczony w *Revue de Chirurgie* przez p. Vincenta, który radzi nadto użyć w tym celu termokauteru Pacquelina. Artykuł ten dał kol. Obalińskiemu jeszcze przed rokiem pochop do wykonania artroktomii w przydatnym do tego przypadku u 20-letniego mężczyzny, któremu całą torbę stawową zwyrodniałą ze stawu kolanowego, wagi przeszło 400 gram., wyciął. Chory ten po kilku miesiącach opuścił szpital wyleczony.

2) Kol. Bogdanik czyta ze swéj praktyki rzecz o *fractura patellae transversa simplex*. (Wykład ten ukaże się w Przeglądzie Lek.). W dyskusyi kol. prof. Mikulicz uważa postępowanie prelegenta za zupełnie racyjonalne i uzasadnione. Nie mniéj jednak nie uznaje założenia szwu za konieczne we wszystkich przypadkach. Zdaniem jego rozstrzyga pod tym względem indywidualność, wyjątkowo tylko potrzeba się zdecydować do założenia szwu natychmiast po uszkodzeniu. Zwykle można przeczekać dni kilka a potém dopiero w dni 4—5, jeżeli inne postępowanie okaże się niedostateczném, należy przystąpić do zeszycia. Zbyt długo czekać również nie jest odpowiedniém. — Kol. Obaliński nadmienia przedewszystkiém o jednym jeszcze sposobie leczenia złamań rzepki przez prelegenta nie uwzględnionym a świeżo przez Rolanda ogłoszonym na masowaniu polegającym. Sposób ten używanym bywa także przez znanego massera-specy-

[1]) Pierwotnie według spostrzeżeń Höldera w *Bericht über die 12te Versamml. d. ophthalm. Gesellsch.* Heidelberg. 1879 *Sprawozd.*

[2]) Porównaj wykład Wahla w Dorpacie, *Volkmanns Samml. klin. Vorträge*, Nr. 228 (Sprawozdanie w Przegl. Lek. z r. 1883, Nr. 15). *Sprawozd.*

jalistę Metzgera w Amsterdamie i najprawdopodobniéj działa przez usunięcie wybroczyny. Wreszcie dodaje od siebie, że skoro późno przedsiębrane zeszycia bezpośrednie odłamków rzepki częstokroć złym były uwieńczone skutkiem, należałoby raczéj w każdym przypadku pierwszorzędną tego rodzaju przedsiębrać operacyję.

3) Kol. prof. Mikulicz mówi o operowaniu nowotworów pęcherza moczowego.

Dotąd bardzo mało zwrócono uwagi na nowotwory pęcherza, co w znaczniéj części ztąd pochodziło, że anatomowie uważali je jako cierpienie względnie rzadkie, chirurgowie zaś za niedostępną dla sztuki lekarskiéj. Wprawdzie niektórzy operatorowie, jak np. Billroth, Volkmann i Kocher, już w r. 1874 wycięli nowotwory pęcherza i to po części z dobrym skutkiem a już i dawniéj Civiale i inni podobne wykonywali operacyje. Thompsonowi jednak należy się bezsprzecznie zasługa, że podał dokładniejsze wiadomości o naturze tych nowotworów i dokładniejszy sposób ich rozpoznania. Na podstawie prawie 120 przypadków wykazał T., że przeszło połowa nowotworów pęcherza nie jest natury złośliwéj, że te nowotwory dadzą się operować. Tego rodzaju nowotwory wychodzą przeważnie z dolnéj części pęcherza i zajmują tylko samą błonę śluzową. Thompson dzieli te nowotwory dobrotliwe na 5 kategoryj: 1) Polipy śluzowe, podobne do polipów nosa, znajdują się tylko u dzieci; 2) *Papilloma fimbriatum*, postać, którą znano dawniéj pod nazwą raka kosmatego; nowotwór ten składa się z delikatnych mocno unaczynionych wyrostków, podobnych z wejrzenia do wodorostów. 3) *Fibropapilloma*, polipy mocniejszéj nieco konsystencyi. 4) Formy przejściowe, z których niektóre bezsprzecznie należą do nowotworów rakowych. 5) Jako rzadką bardzo formę podaje wreszcie skórzaki pęcherza. Do rzędu złośliwych form zalicza *epithelioma, carcinoma medullare, scirrhus* i *melanoma*. U dorosłych najczęściéj zdarza się 2, 3 i 4 forma nowotworów.

Ze względu na rozpoznanie tych nowotworów trzeba przyznać, że dotychczasowe sposoby badania wcale nie były wystarczającemi. Najbardziéj cechującym jest jeszcze krwotok, i to wtedy, jeżeli z początkiem moczenia odchodzi mocz czysty, a dopiero pod koniec pojawia się krew. Bóle wcale nie należą do obrazu téj choroby. Badanie cewnikiem i badanie moczu daje zazwyczaj wynik ujemny, chyba że znajdziemy kawałki strzępów nowotworowych w moczu. A nawet i cystoskopia nie zawsze usuwa wątpliwości co do natury cierpienia w przypadkach, gdzie ciągłe krwotoki z nowotworu nie pozwalają na wypełnienie pęcherza płynem przeźroczystym. Najpewniejszym środkiem rozpoznawczym w wątpliwych przypadkach jest cięcie pęcherza, poczém można za pomocą palca wybadać całą ścianę pęcherza. Rozumie się, że operacyja ta jest wskazaną tylko w obec objawów zagrażających zdrowiu i życiu chorego, gdzie wszelkie środki lecznicze zawiodły. Thompson wykonał tę operacyję 43 razy i znalazł w 20 razach nowotwór, 5 razy kamień, który przedtém nie dał się wykazać a zresztą przypady pochodziły tylko od przewlekłego nieżytu pęcherza albo od przerostu gruczołu krokowego i atonii pęcherza, albo téż nie można było żadnéj przyczyny wykazać. W wielu z tych przypadków nastąpiła od razu po operacyi znaczna ulga a czasem nawet zupełne wyleczenie. Z chorych, u których Thompson nie wykrył żadnéj przyczyny cierpienia, umarł tylko jeden w 16 dni po operacyi z ropnicy, a drugi w miesiąc z wyniszczenia. Świadczy to tylko, że cięcie rozpoznawcze pęcherza jest operacyją pewną, nie połączoną ze znaczném niebezpieczeństwem.

Thompson rozpoczyna zawsze operacyję od cięcia przez międzykrocze, poczém wprowadza palec do pęcherza dla zoryjentowania się co do usadowienia nowotoru, co do stanu reszty ścian pęcherza itp. Ewentualnie dodaje jeszcze cięcie górne. Sam nowotwór usuwa przeważnie drogą tępą za pomocą rozmaitych kleszczy, haków i ostrych łyżek. Z operowanych w ten sposób 20 chorych (18 mężczyzn, 2 kobiety) 6 umarło w przeciągu pierwszych 3 tygodni, a 9 chorych było zdrowych jeszcze w 2—3 lat po operacyi. Wyniki te w obec bezwzględnie niepomyślnego zresztą rokowania w obec nowotworów pęcherza śmiało nazwać można dobremi.

Sposobność wykonania téj operacyi nadarzyła się prelegentowi 22 stycznia b. r. Pacyjent, 57 lat liczący, dawniéj zupełnie zdrów, zauważył przed 5 laty po raz pierwszy krew w moczu, a od lat 3ch mocz prawie zawsze mimo wszelkich środków jest krwawy. Chory źle odżywiony, przyrządy wewnętrzne prawidłowe. Mocz oddaje chory prawie co 2 godziny, w nocy 3—4 razy; bólów nie miewa, prąd regularny a pod koniec odchodzą czasem kawałki krwi skrzepłéj; dawniéj bywał mocz z początku czysty, obecnie jest jednostajnie krwawy. Badanie moczu za pomocą zgłębnika, przez odbytnicę, badanie zestawione za pomocą obu rąk i badanie cystoskopem dają wynik ujemny.

Gdy wszelkie środki okazały się bezskuteczne, przystąpił prelegent do operacyi w głębokiéj narkozie. Po otwarciu pęcherza przekonał się palcem, że prawie cała prawa połowa pęcherza zajęta była przez masę miękką, prawie galaretowatą. Usunięto te masy ostrą łyżką, przepłukano pęcherz kwasem salicylowym, założono do rany dreny i opatrzono jodoformem. Dalszy przebieg był bardzo pomyślny, chory gorączkował zaledwie kilka razy i to nieznacznie, a w 3 tygodnie opuścił zupełnie wyleczony klinikę.

Prelegent szedł więc w tym przypadku ściśle drogą przez Thompsona wskazaną. Inni jednak, mianowicie Guyon, Dittel i Trendelenburg zalecają i w tych przypadkach cięcie górne. Zdaniem prelegenta cięcie przez międzykrocze zasługuje na pierwszeństwo, gdyż będąc zupełnie wystarczającém jest przecież operacyją daleko prostszą niż cięcie wysokie; zresztą i leczenie następowe trwa tu daleko krócéj niż w przypadkach cięcia wysokiego. W przypadkach kamienia pęcherzowego nie dającego się usunąć przez litotripsyję prelegent jest zwolennikiem cięcia górnego, w celach rozpoznawczych jednak i dla usunięcia nowotworów cięcie przez międzykrocze uważa za odpowiedniejsze. Przy téj sposobności mówił prelegent także o stosunku litolapaksyi do operacyi cięcia kamienia. Mimo wystąpienia Volksmanna i Bergmanna przeciw litotrypsyi uważa ją kol. Mikulicz jako operacyję główną dla usunięcia kamienia; a dopiero tam, gdzie dla jakichkolwiek przyczyn operacyja ta nie jest wykonalną, rozpoczyna się pole dla cięcia kamienia. Wymaga jednak, żeby litolapaksyja odbywała się ze ścisłém przestrzeganiem wszelkich zasad przeciwgnilnych. Co do cięcia górnego, to Mikulicz zeszywa ranę w pęcherzu zupełnie, a ranę skórną w górnéj części. W dolny kąt rany wsuwa pasek gazy jodoformowéj dla utorowania drogi dla moczu po rozejściu się szwu pęcherzowego.

W dyskusyi oświadcza się bardzo kol. Obaliński za cięciem dyjagnostyczném cewki, które częstokroć nawet stać się może leczniczém, jak to miał sposobność postrzegać w jednym przypadku spólnie z kol. prelegentem. Daléj przemawia za cięciem na kamień nadłonowém, dozwalającém na szew ściany pęcherzowéj, który jakkolwiek rzadko kiedy prowadzi do rychłozrostu, przecież nie przepuszcza moczu bodaj dni kilka, a więc zawsze tak długo, dopóki nie wyrobi się ziarnina najlepiéj od zacieku moczowego chroniące; nadto uważa możebność zostawienia cewnika gumowego komorném w pęcherzu *(à demeure)* i tym sposobem utrzymania rany i chorego w czystości również jako korzyść metody. W końcu przyłącza się chętnie do chirurgów, którzy się na ostatnim Zjeździe lekarzy niemieckich w Magdeburgu przeciw litolapaksyi oświadczyli, a to z powodu, że ją uważa za zabieg w ogóle ciężki, a w szczególności zawsze cięższy od litotrypsyi, przed którą ma mieć tę korzyść, iż pęcherz od razu pozbawia obcéj, drażniącéj go treści. Gdy zaś to często zawadzi, jak to kol. Obaliński na własnych i innych przez specyjalistów wykonanych przypadkach przekonał się, przeto sądzi, że słuszniejszą jest rzeczą w przypadkach do kruszenia wykonywać, choćby i w licznych odstępach, posiedzenia krótkie litotryptyczne, jak to zresztą jeszcze po dziś dzień wykonywają tacy mistrze, jak Guyon w Paryżu, zaś inne przypadki pozostawić litotomii, która w obec antyseptyki coraz lepsze daje i dawać będzie rezultaty.

4) Kol. Bossowski okazał pod drobnowidem prątki trądu.

Dr. Dobruchowski.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka lekarska w Austryi. Niedawno opuściło prasę sprawozdanie Centralnéj Komisyi statystycznéj za rok 1881; wyjmujemy z niego niektóre szczegóły.

W r. 1881 istniało w Austryi 159 szpitali publicznych o 19,731 łóżkach, pielęgnowano zaś w nich w ciągu tego roku 118.156 chorych; prócz tego 375 szpitali prywatnych o 9.436

łóżkach, pielęgnowano zaś w nich 67.477 chorych. Średnio 1 mieszkaniec na 82 szukał pomocy w szpitalu. 53 szpitali o 2.776 łóżkach a 37.744 chorych należało do stowarzyszeń religijnych. Największym szpitalem na lądzie stałym jest *Allgemeines Krankenhaus* w Wiedniu, mający 20 oddziałów, z tego 5 poświęconych chorobom wewnętrznym, 3 chirurgicznym, 2 kiłowym, 1 chorobom kobiecym, 1 ocznym, 1 piersiowym, 1 skórnym a 1 umysłowym; prócz tego oddział stowarzyszenia chorych studentów i dwa oddziały: jeden dla chorób wewnętrznych, drugi dla zewnętrznych dla płacących. W szpitalu tym pełni służbę 13tu lekarzy ordynujących i 39 asystentów. Prócz tego w szpitalu tym mieści się 13 klinik, t. j. 2 wewnętrzne, 2 chirurgiczne, 2 oczne, 2 ginekologiczne, 1 chorób kiłowych, 1 skórnych, 1 dla chorób krtani, 1 dla chorób usznych, 1 dla chorób umysłowych. Średnio leczonych bywa rocznie w tym zakładzie 25.000 chorych.

Liczba zakładów dla umysłowo chorych dochodziła w Austryi w r. 1881 do 27, z tego 22 publicznych a 5 prywatnych o 7.002 łóżkach a pielęgnowano w nich 9.694 chorych. Z téj liczby 646 (6·7%) zostało wyleczonych, 1.692 (17·4%), wypuszczono jeszcze niezdrowych lub pomieszczono w innych zakładach, 1.237 (12·8%) zmarło, — tak, że z końcem roku pozostało 6.119 (63·1%) w leczeniu.

Co do mężczyzn było 32·0% nieżonatych, 20·8% żonatych a 2·2% wdowców. — Co do kobiet było 24·1% niezamężnych, 15·6% zamężnych a wdów 5·3%. W ogólnéj zatém liczbie było 55% mężczyzn a 45% kobiet. Średnio przypada na 100.000 mieszkańców 42 chorych na umyśle, wnosząc z liczby tych, których w szpitalu leczono.

Co do wieku to na wiek do 10 lat przypada 0·2%, na wiek od 10—15 l. 0·8%, na 15—20 l. 5·1%, na 20—25 l. 9·8%, na wiek 25—30 l. 13·1%, na 30—40 l. 29·4%, na 40—45 lat 13·5%, na 45—50 l. 10·5%, na 50—56 l. 7·3%, powyżéj 55 lat 10·3%. — Co do wyznania rozpada ogólna liczba jak następuje: 91·1% było rzymsko-katol. wyznania, 1·9% protestantów, 0·4% grecko-katolickiego wyznania a 6.6% żydów.

Poza zakładami liczono z końcem r. 1881 (w austryjackich tylko prowincyjach) 20.001 tj. 91 na 100.000 mieszk.

Liczba kretynów dochodziła 15.151, tj. 69 na 100.000 m. W okolicach alpejskich, zwłaszcza w Karyntyi, liczba ich wzrasta niezmiernie, np. w obwodzie Murau wypada na 100.000 mieszkańców 1.078.

W r. 1881 było w Austryi 11 zakładów położniczych o 1.486 łóżkach, pielęgnowano 17.483 matek a 16.165 dzieci, z którychto liczb 127 matek (0·72%) zmarło, a 1.013 dzieci (6·27%): zapisano 15.987 porodów; na 1.000 porodów przypadało 13·3, bliźniaczych a 0·006 trójniaczych.

Domów podrzutków istniało 12 o 448 łóżkach dla dzieci a 256 dla mamek. Dzieci zatrzymywano w szpitalach tych tylko czas krótki, a następnie dawano je na opiekę. Śmiertelność dzieci w szpitalu dochodziła 6·08%, gdy pośród dzieci danych na opiekę 12·83%.

Dla głuchoniemych istniało 15 zakładów, w których wychowywano 1204 głuchoniemych, z któréjto liczby 47·7% urodziło się głuchoniememi.

Dla ociemniałych istniało 9 zakładów wychowawczych, z początkiem roku 1881 było w nich 476 wychowanków a z końcem roku 445 z téj liczby 14·6% było ślepo urodzonych, 79·2% oślepło w skutek choroby, 6·2% w skutek przypadku.

W 14 zakładach szczepienia sprzedano 11.835 igieł a 11.627 fiolek z krowianką.

Austryja posiadała 206 zakładów zdrojowych, w których przebywało 166.087 osób. Tyrol posiadał najznaczniejszą liczbę zakładów zdrojowych bo 80; zdrojowiska czeskie w liczbie 22 były najwięcéj odwiedzane, bo było w nich 69.016 osób.

Liczba lekarzy była 7.427 (4.766 doktorów medycyny a 2.661 chirurgów). Średnio przypada jeden lekarz na 2.960 m., w Galicyi jednak 1 na 7.209 mieszkańców; w miastach np. w Insbruku 1 na 390 mieszk., w Wiedniu 1 na 639. Liczba akuszerek była 16.298 (1 akuszerka przypadała na 1.348 m.).

Na 100.000 mieszk. zmarło 3.164 (3·164 na 100). Największa śmiertelność była w Bukowinie 3·764 na 100. Drugie miejsce zajmuje Galicyja 3.653 na 100. Najniższa śmiertelność była w Dalmacyi 2·135 na 100 i w Tyrolu 2·455 na 100. — Ze 100.000 mężczyzn zmarło 3.387, a ze 100.000 kobiet 2.953.

Liczba samobójców płci męskiéj ma się do samobójców płci żeńskiéj jak $4^1/_2$: 1. *Dr. G.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 1—7 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 35,8. Z odry umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 1 (2 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t). Doniesiono w tymże czasie: o 6 przypadkach płonicy, 1 odry, 1 duru brzusznego, 1 zapalenia opon mózgordzeniowych, 1 róży. W tygodniu od 22—28 lutego umarło z ospy w Londynie 18, świeżo zapadło 189, leczyło się w szpitalach 1240. W Liverpolu, Madrasie umarło z ospy po 1, w Birmingham i Aleksandryi po 2, w Wenecyi, Kalkucie, Bombayu po 3, w Paryżu, Petersburgu, Warszawie po 4, w Odesie 8, w Rzymie 9, w Tryjeście 18, w Wiedniu 19. Z duru osutkowego umarło 1 w Petersburgu. Z cholery umarło w Kalkucie (od 4—10 stycznia) 16, w Bombayu (od 21—27 stycznia) 4, w Madrasie (od 17—23 stycznia) 36.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 22—28 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców; w Krakowie 43,9; w Warszawie 30,7; w Poznaniu 20,1: w Wiedniu 32,0; w Budapeszcie 29,4; w Pradze 32,8: w Tryjeście 38,4; w Berlinie 25,2; w Wrocławiu 26,4; w Gdańsku 34,5; w Hamburgu 24,5; w Mnichowie 36,4; w Dreźnie 25,6; w Lipsku 21,8; w Bazylei 20,4; w Brukseli 27,3; w Amsterdamie 27,4; w Hadze 28,2; w Paryżu 26,7; w Londynie 20,0; w Kopenhadze 20,2; w Stokholmie 35,0; w Chrystyjanii 28,2; w Petersburgu 37,1; w Odesie 33,4; w Rzymie 27,7; w Wenecyi 31,1; w Bukareszcie 29,6; w Aleksandryi 46,1; w Nowym Yorku 26,1; w Filadelfii 24,9; w Bombayu 24,7; w Madrasie 53,6. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 25 marca. Na posiedzeniu nadzwyczajném Wydziału lek., odbytém d. 22 bm., odczytano reskrypt Namiestnictwa, według którego Ministerstwo Oświecenia pozwoliło na wyjazd prof. Mikulicza w towarzystwie inżynijera rządowego, kosztem Rządu, celem poznania nowszych zakładów klinicznych i patologicznych. Tegoż samego dnia prof. Mikulicz razem z inżynijerem p. Sare udali się w drogę, naprzód do Budapesztu i Wiednia, a ztamtąd do Monachijum, Heidelbergu, Bonny, Hali, Berlina i Kielu.

* Wiadomo czytelnikom naszym, że Namiestnictwo galicyjskie zakazało chirurgom, w kraju praktykującym, używania tytułu „lekarzy medycyny, chirurgii i położnictwa“, jako nieuprawnionego, i że Ministerstwo spraw wewnętrznych w skutek rekursu przez chirurgów wniesionego orzeczenie powyższe Namiestnictwa potwierdziło. Chirurdzy udali się z zażaleniem do Trybunału administracyjnego w Wiedniu, dowodząc, że Ministerstwo zaostrzyło orzeczenie Namiestnictwa, które nie zaczepiło wcale tytułu „lekarza“, podczas gdy Ministerstwo odmówiło chirurgom prawa i do tego ogólnego tytułu. Reprezentant Rządu na posiedzeniu Trybunału dowodził, że chirurgom wolno tylko tytułować się „chirurgami“ *(Wundarzt)*, podczas gdy przez lekarza rozumie się doktora medycyny, a Trybunał przychylił się w zupełności do tego zdania (*W. med. Presse*).

* Otrzymaliśmy sprawozdanie z kliniki prywatnéj chorób ocznych Dra Inouye w Tokio, napisane w języku niemieckim. Oprócz zwykłego wykazu statystycznego autor dołącza kilka uwag bardzo prymitywnych nad operacyją zaćmy sposobem Graefego, nad sklerotomiją, a wreszcie nad chorobą w Japonii Kamme zwaną, na karb któréj 10% ślepoty w Japonii kładzie. Do sprawozdania dodany jest list, w którym autor zwraca się do okulistów europejskich z prośbą o udzielenie mu rady, jak ma daléj postępować w kształceniu swojém; z listu tego dowiadujemy się, że p. J. pochodzi z rodziny, która od 200 lat trudni się w Japonii praktyką lekarską, że sam liczy 37 lat, że od 18go roku życia uczył się medycyny chińskiéj i japońskiéj, od 22go zaś zaczął zapoznawać się z medycyną europejską zrazu z książek tłumaczonych, a następnie u lekarzy holenderskich i niemieckich, od których nauczył się języka niemieckiego, którym dotąd nieświetnie włada. Tak sprawozdanie, jako i list, szczególne czynią wrażenie; jedno i drugi dowodzą jednak, że przy silnéj woli bardzo wiele zdziałać może nawet Japończyk!

* Na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego w Paryżu z d. 4 marca br. odbytego Chauvel miał wykład o ciekawym

przypadku kontuzyi brzucha kopytem końskiém; wystąpiło zapalenie otrzewny; wykonano 3go dnia laparotomiję; śmierć 7go dnia. Zranienia jelita nie było. Sekcyja wykazała zmiany świadczące o urazie śródjelicia poprzecznego i połowy prawéj trzustki oraz zapalenie otrzewny rozlane. Chauvel twierdzi, że w przypadkach podobnych należy wykonać natychmiast laparotomiję, która w coraz szerszych zakresach zaczyna nabierać prawa obywatelstwa. Przypadek powyżéj przytoczony dowodzi, że laparotomija wykonana w tych przypadkach dopiero po dniach kilku nie daje rękojmi powodzenia, należy więc natychmiast przystąpić do operacyi. Duplay nadmienia, że laparotomija osobliwie jest wskazaną w przypadkach ran brzucha. Przytacza on jako dowód na poparcie swojego twierdzenia obserwacyję niedawno co ogłoszoną w *Medical News*, w którym to przypadku operowano z powodzeniem założywszy szwy na 7miu ranach postrzałowych w jelicie, zadanych kulą. (*Le Progrès Médical*, Marzec, 1885).

Dr. R. Barącz

* **Warszawa**. Komitet wyznaczony do oceny prac na konkurs imienia Chałubińskiego przyznał jednogłośnie nagrodę Drowi Krówczyńskiemu we Lwowie za dzieło p. t. Syfilidologija, wydane w r. 1883. (*Medycyna*).

* **Praga czeska** 23 marca. Na dzisiejszém posiedzeniu Spolku lek. česk. uchwalono wysłać petycyję do Rady państwa o założenie kas (*Krankenkassen*), z których chorzy lekarze lub ich rodziny na przypadek śmierci lekarza podczas epidemii mogłyby otrzymywać wsparcia. Zarazem uchwalono do podobnego kroku zaprosić Towarzystwa lekarskie w Krakowie, Lwowie, Bernie i Ołomuńcu.

Dr. Obrzut

* **Wiedeń**. Na ostatniém posiedzeniu najwyższéj Rady zdrowia prof. Hofmann zdał sprawę z potrzeby zaprowadzenia zmian w ustawodawstwie dla obłąkanych.

D. 23 bm. obchodzono jubileusz 50-letni doktorski Hyrtla.

Na posiedzeniu dorocznćm, odbytém d. 20 bm. Towarzystwo lekarskie wybrało przewodniczącymi proff. Billrotha, Kundrata i Alberta, sekretarzami Hackera, Jakscha i Wagnera. Następnie wybrani zostali: członkiem korespondentem Dr. Teodor Hering z Warszawy; członkami czynnymi: docenci Borysiekiewicz i Dalla Rossa, lekarz pułkowy Fillenbaum, asystenci: Gärtner, Horoch, Karis, Kolisko, Kogerer, Paltauf, Riehl, zastępca fizyka miejskiego Schmied i dyrektor szpitala w Sechshaus Dr. Schopf. Ośmiu kandydatów nie otrzymało potrzebnéj ilości głosów.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń**. Katedra okulistyki opróżniona w skutek śmierci Jägera jeszcze nie będzie obsadzoną, a w półroczu letniém zastępować będzie daléj docent Dr. Reuss. — **Praga czeska**. Wydział lekarski czeski przedstawił do nominacyi na proff. nadzw. docentów Janošika dla embryjologii i histologii i Reinsberga dla medycyny sądowéj; Wydział zaś niemiecki docenta Löwita dla patologii ogólnéj i doświadczalnéj.

* **Odznaczenia**. Dr. Ivanchich otrzymał order korony żelaznéj 3éj klasy.

* **Nekrologija**. We Wiedniu umarł Dr. Holzer, lekarz zdrojowy we Franzensbadzie i radzca sanitarny chorwacki.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 10: Goldflama: Przyczynek do nauki o umiejscowieniach mózgowych (c. d.); Nr. 11: Dobrzyckiego: Sławuta zakład kumysowy i stacyja leśna; Goldflama (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 11: Rupperta: Przyczynek do nauki o wylewach krwi w rdzeniu kręgowym; Grünbauma: Dwa przypadki ran, drążących do jam ciała; Heimana: Przypadek urazowego potrójnego pęknięcia błony bębenkowéj z zejściem śmiertelném (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 134[D]

Ogłoszenie konkursu.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 6 marca rb. l. 11622, rozpisuje się konkurs na posady dwóch asystentów lekarskich przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie na lat dwa, które przy zadawalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.

Do posady Asystenta lekarskiego przywiązana jest płaca 500 złr. rocznie bez żadnego dodatku.

Ubiegający się kandydaci do tych posad powinni wykazać

1. Wiek, stan i miejsce urodzenia.
2. Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.
3. Stopień Dra medycyny lub wszech nauk lekarskich uzyskany na jednéj z Wszechnic Państwa austryjackiego.

Podania wnosić można do końca miesiąca Kwietnia rb. na ręce Dyrekcyi szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Lwów dnia 13 Marca 1885.

Dyrekcyja kraj. szpitala powszechnego.

Dr. Głowacki.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 4 kwietnia 1885. № 14. Rok XXIV.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Billrotha w Wiedniu.

Przyczynki do chirurgii żołądkowo-jelitowéj.

Nowa metoda operacyjna pomysłu Billrotha: Wycięcie raka odźwiernika po poprzedniém wykonaniu gastroenterostomii Wölflera. Wyleczenie.

Opisał Dr. Roman Barącz,
b. lekarz szpitala powszechnego we Lwowie.

Prof. Billroth dawno już nosił się z myślą skorzystania ze sposobności wykonania gastroenterostomii w obec raka odźwiernika (metody paliatywnéj tylko) i zastosowania równocześnie zabiegu radykalnego, t. j. wycięcia części żołądka odźwiernikowéj, odźwiernika i dwunastnicy rakowato naciekłych. I rękoczyn ten rzeczywiście po raz pierwszy wykonał w swojéj klinice d. 15 stycznia b. r. z dobrym wynikiem.

Leopold Rötzer, l. 48 liczący, posługacz, zamieszkały w Wiedniu, według podania był dotychczas zupełnie zdrowym z wyjątkiem przebycia w r. 1862 wrzodu twardego i dymienic w pachwinie, które leczono wcieraniami i kąpielami siarczanemi. Rodzice, rodzeństwo i krewni chorego na raka nie cierpieli. Choroba obecna powstać miała przed 9ciu miesiącami, od któregoto czasu chory chudł, zaczął doznawać zgagi po jedzeniu a czasem wśród dnia. Od 5 miesięcy objawy te wzmogły się, a nadto dołączyły się nudności i apetyt chorego zmniejszał się. Od 2ch miesięcy zaczęły występować wymioty w 2—4 godziny po spożyciu pokarmów, osobliwie stałych. Pokarmy płynne w mniejszéj ilości aż do $^1/_4$ litra chory zatrzymuje; w ostatnich trzech tygodniach wymioty częściéj pojawiały się, mianowicie występowały one 2—3 razy dziennie a chory wymiotował przytém znaczną ilość śluzu razem z pokarmami spożytemi. Od 3ch dni cierpi na częstsze kurcze żołądkowe, częste odbijanie kwasem i bezsenność. Żółtaczki wybitniejszéj w przebiegu obecnéj choroby nie zauważano. Obrzęk, który przed 5ciu tygodniami dopiero spostrzegł, miał być wielkości jaja kurzego, od tego czasu podobno nieco zwiększył się i zmieniał często położenie swoje; i tak gdy żołądek był próżnym obrzęk nie był prawie wyczuwalnym, natomiast silniéj występował przy pełnym żołądku. Chory od czterech tygodni miał znacznie zeszczupleć, jakkolwiek nigdy nie był otyłym.

Badanie: Mężczyzna wzrostu średniego, o dobréj budowie ciała, wychudły, o barwie skóry ziemistéj i bladém zabarwieniu błon śluzowych. Klatka piersiowa dobrze sklepiona, szeroka. Stłumienie sercowe poczyna się poniżéj 4go żebra, sięga po stronie lewéj do linii przymostkowéj, po prawéj do linii mostkowéj. Tony serca czyste, liczba uderzeń na minutę 72. Odgłos wypukowy płuc prawidłowy z wyjątkiem szczytu strony prawéj z przodu, gdzie osobliwie w linii przymostkowéj odgłos jest nieco przytłumionym. Szmery oddechowe pęcherzykowe. Oddech przeważnie brzuszny. Nieprawidłowości w zarysach powłok brzucha nie ma. Odgłos wypukowy bębenkowy od żołądka pochodzący sięga w górze aż do 5go żebra; w okolicy dołka żołądkowego jest wyraźnie słyszalnym tylko przy silniejszéj perkusyi. Poniżéj dołka żołądkowego na całéj przestrzeni śródbrzusza strony lewéj odgłos czczy, w podbrzuszu lewém bębenkowy, jednak przytłumiony; w podbrzuszu prawém jawny bębenkowy sięga aż do okolicy pachwinowéj prawéj. Powłoki brzuszne wiotkie. Pod mięśniem brzusznym prostym prawym w części tegoż górnéj pomiędzy wyrostkiem mieczykowym a pępkiem położonéj wymacać można obrzęk o powierzchni nierównéj, kulisty, wielkości jaja kurzego, twardy. Skóra nad obrzękiem tym przesuwalna, łatwo w fałd ująć się daje. Guz ten tylko przy głębszém obmacaniu jest nieco bolesnym, nie przekracza granicy brzegu zewnętrznego mięśnia brzusznego prostego prawego, przekracza jednak ku stronie lewéj nieco granicę linii białéj, a przy ruchach oddechowych raz się wznosi raz opada.

D. 14 stycznia b. r. w przededniu mającej się wykonać operacyi zastosowano dwie lawatywy z oleju rącznikowego, poczém około godziny 2éj w południe nastąpiły dwa wypróżnienia stolcowe; nadto zalecono co 2 godziny lawatywy z $^1/_2$ litra wina. Wieczór podano choremu jako pokarm mleko. Powłoki brzuszne obmyto dokładnie szczotką i mydłem, ogolono i pokryto chustkami w $2^1/_2$ % rozczynie kwasu karbolowego zanurzonemi. Nadto w nocy stosowano co 3 godziny lawatywy z wina. Chory noc spędził bezsennie. D. 1.go stycznia o godz. 6éj rano przepłukano żołądek za pomocą zgłębnika wodą ciepłą, którąto czynność dopóty uskuteczniano, dopóki czysta woda odpływać nie poczęła, przyczém spotrzebowano około 10 litrów wody. Potém wprowadzono do żołądka litr 1% rozczynu kwasu salicylowego. Czynności te trwające do godziny 8éj rano mocno znużyły chorego, podano mu więc jeszcze jedną lawatywę z wina.

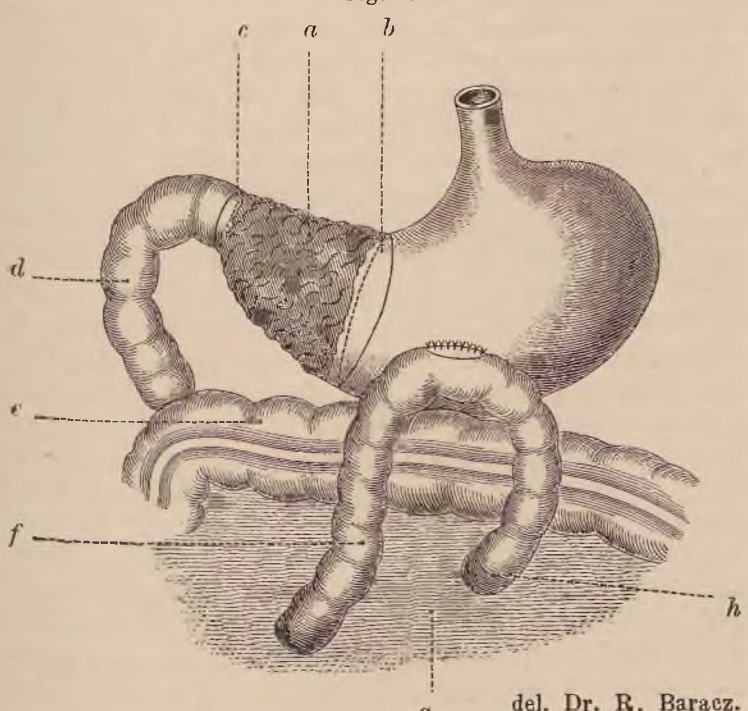
O godz. $10^1/_4$ zachloroformowano chorego znaną mięszaniną Billrotha, poprowadzono cięcie w linii białéj od wyrostka mieczykowego ku dołowi na 3 palce powyżéj pępka. Po dokładném podwiązaniu małéj ilości nieznacznych naczyń krwionośnych wydobyto na zewnątrz przez ranę żołądek wraz z obrzękiem wielkości pięści dorosłego mężczyzny, nie tylko część odźwiernikową ale i znaczną część przedniéj i tylnéj ściany żołądka, jak również dwunastnicy obejmującym. Wycięcie części odźwiernikowéj saméj okazało się niemożebném: guz jednak był więcéj odgraniczonym i nie tak z sąsiedniemi częściami (z głową trzustki i krezką jelita grubego poprzecznego) zrośniętym, jak się spodziewano. Przystąpiono najprzód do wykonania gastroenterostomii. W tym celu wydobyto przez górną część rany jelito poprzeczne wraz z siecią wielką, wyciągnięto w ten sposób jelito czcze i odszukano fałd dwunastnico-jelitowy. Uchwycono w fałd podłużny ścianę żołądka w okolicy zakrzywienia wielkiego i podano asystentowi; drugiemu asystentowi podano fałd odszukanéj części jelita cienkiego do uciśnięcia między palcami, przyczém jelito cienkie ułożono w fałd podłużny i zbliżono tym sposobem przeciwległe ściany tegoż do siebie; następnie przytulono fałd jelita do fałdu w żołądku, poprowadzono skalpelem w ścianach żołądka cięcie równoległe do zakrzywienia większego (poziome), rozszerzono to cięcie w obu kierunkach nożyczkami aż do długości około 5cm., poprowadzono podobnie długie cięcie na górnéj ścianie jelita cienkiego także równoległe do osi jelita, wypływający w skąpéj ilości sok żołądkowy usunięto za pomocą gąbek ku temu celowi umyślnie przygotowanych i założono szwy Wölflera (przeszywające tylko błonę surowiczą i mięsną), t. j. zespojono najpierw tylne brzegi otworów rany (szyjąc od wewnątrz), a dokonano zespojenia przednich brzegów szyjąc od zewnątrz. Następnie założono jeszcze szwy drugorzędne (*Zwischennähte)* sposobem Czernego. Tętno chorego po dokonaniu tego aktu operacyi było dosyć silném, mimo to podano mu jeszcze lawatywę z wina. Akt ten pierwszy operacyi trwał około pół godziny.

Przystąpiono następnie do 2go aktu, t. j. wycięcia części nowotworowych. W tym celu guz wydobyto przez ranę kleszczami Muzeauxgo i najpierw od dołu oddzielono tępo aż poza granicę nowotworu dwunastnicę, któréj część obwodową asystent uchwycił w palce i ugniótł; przecięto potém skalpelem dwunastnicę na poprzek od strony prawéj i góry na przestrzeni 1cm. i założono natychmiast na obwodowym jéj końcu gęste szwy Czernego pierwszo- i drugorzędne; przecinając napoprzek stopniowo dalsze części tegoż jelita w tymże samym kierunku i zakładając szwy Czernego dokonano zupełnego oddzielenia jelita zdrowego od rakowato nacieklego. Wypływ soku żołądkowego wstrzymano, wsunąwszy natychmiast małą gąbkę w górną część przeciętéj dwunastnicy w kierunku ku odźwiernikowi. Założono jeszcze dla większego bezpieczeństwa i dokładności w spojeniu szwy drugorzędne, rozumie się na dolnéj zstępującéj części dwunastnicy i wpuszczono ją w jamę brzuszną; starano się następnie o ile możności guz bezkrwawo wyłuszczyć; przedzielano powoli zrosty guza najpierw z siecią większą (*Ligamentum gastrocolicum*), potém połączenia z siecią mniejszą (*Ligamentum gastrohepaticum)* po części tępo, po części zakładając podwiązki częściowe pod części sieci bardziéj unaczynione, po części zaś oddzielono guz przepalając termokauterem Paquelina. Gdy już w ten sposób postępując doszedł prof. Billroth do żołądka, postąpił sobie z nim podobnie jak z dwunastnicą, t. j. przecinał pionowo i nieco od góry i strony lewéj ku dołowi i stronie prawéj obiedwie ściany żołądka począwszy od krzywizny mniejszéj, cząstkę po cząstce zaszywając (zrobiony skalpelem) otwór szwem Czernego.

Podczas dokonania całego tego rękoczynu założono około 200 podwiązek i szwów. Szwy wszystkie były węzełkowe. Następnie po dokonaniu toalety jamy brzusznéj założono osobne szwy węzełkowe na brzegi ranne otrzewny ściennéj i w ten sposób zamknięto jamę otrzewny; zespojono powięzie mięśni brzusznych i mięśnie drugą warstwą szwów węzełkowych, założono trzy szwy materacowe z gazy jodoformowéj a szwem kuśnierskim zespojono brzegi skóry. Tego szwu trójwarstwowego używa prof. Billroth w laparotomijach, ażeby przeszkodzić powstaniu przepuklin w mięśniach brzusznych. Założono opatrunek mięszany składający się z gazy jodoformowéj na ranie i gazy karbolowéj od zewnątrz. Cała operacyja razem z narkozą trwała $1^1/_2$ godziny.

Nowotwór wycięty badany drobnowidowo przedstawił się jako rak rdzeniowy. Chory w pierwszych trzech dniach po operacyi nie gorączkował wcale, 4go dnia wieczorem podniosła się ciepłota do 38·1°C., 5go dnia wieczorem doszła do 38·3°C., poczém zniżyła się i była już ciągle prawidłową. Chory zachował w pierwszych dniach po operacyi ścisłą dyjetę; 1go dnia dostawał jako pokarm łyżkami wino i kawałki lodu do łykania, 2go dnia bulion i mleko, w następnych dniach pokarmy napół stałe, późniéj i stałe. Apetyt i wejrzenie poprawiły się widocznie już w pierwszych dniach po operacyi. Rana zgoiła się przez bezpośrednie zlepienie w ciągu dni 8iu. W dwa tygodnie po operacyi pozwolono choremu wstawać i przechadzać się. D. 12 lutego 1885 wieczorem uskarżał się na nieznaczny ból w okolicy żołądka, poczém wymiotował. Prawdopodobnie objawy te tłumaczyć należy tém, że chory spożył tego dnia więcéj pokarmów stałych niż przedtém, a mały stosunkowo do połowy prawie zmniejszony żołądek w skutek operacyi, (nie było bowiem wybitnych objawów rozstrzeni żołądka, jak to zwyczajnie bywa u chorych dotkniętych rakiem odźwiernika) nie przyzwyczaił się jeszcze do przyjmowania pokarmów w większéj ilości i jeszcze nie rozszerzył się dostatecznie. Może miejsce połączenia za pomocą szwów żołądka z jelitem cienkiem jest obecnie uciśnięte przez wydymającą się okrężnicę poprzeczną? Może lepiéj byłoby dla uniknięcia tego możliwego uciśnięcia zrobić przetokę z żołądka do jelita cienkiego poza okrężnicą poprzeczną? A może byłoby korzystną rzeczą zrobić równocześnie przetokę z jelita cien-

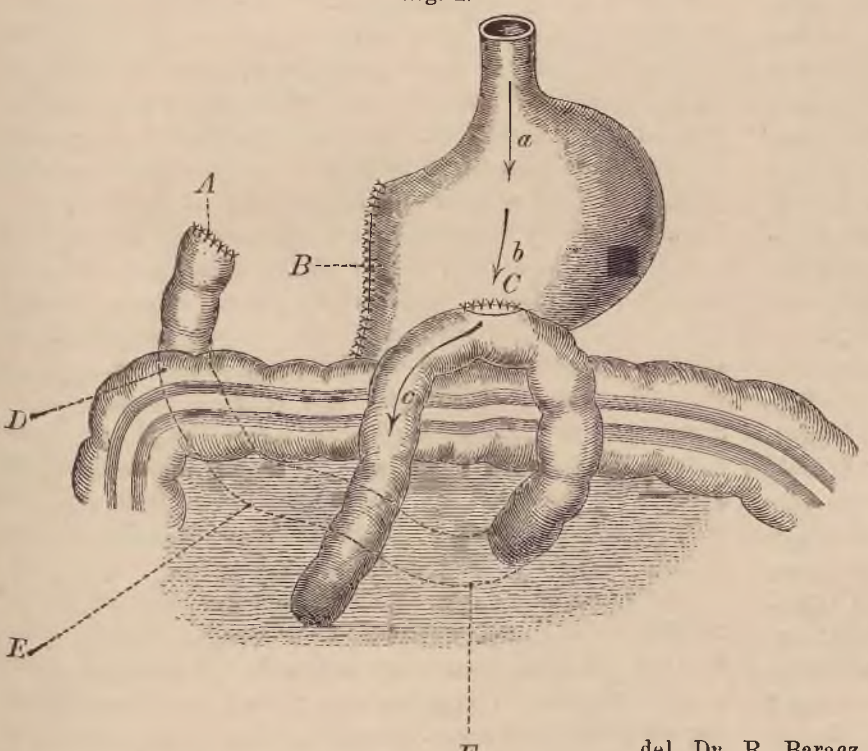
Fig. 1.



del. Dr. R. Barącz.

Fig. 1 przedstawia stosunki jelit i żołądka przed operacyją. *a* Część wycięta nowotworowa zwyrodniałego odźwiernika, owal *c* cięcie w dwunastnicy; owal *b* cięcie w żołądku; *d Duodenum; e Colon transversum; f Jejunum; h Duodenum; g Mesocolon transversum.*

Fig. 2.



del. Dr. R. Barącz.

Fig. 2 przedstawia stosunki po operacyi; strzałki *abc* kierunek, w którym przechodzą obecnie pokarmy; *A* resekowaną powierzchnię dwunastnicy; *B* resekowaną powierzchnię żołądka; *C* miejsce gastroenterostomii; część dwunastnicy *ADEFC* przedstawia po operacyi niejako przedłużenie *ductus choledochus* i *pancreaticus.*

kiego do grubego dla uniknięcia objawów bębnicy, które także od dni kilku pojawiły się u chorego? Oto pytania, które się nam nasuwają, ale odpowiedzieć na nie dotychczas trudno. Chory drugiego dnia po doznawaniu owego nieznacznego bólu w okolicy żołądka i następowych wymiotach czuł się tak swobodnym jak po operacyi. Z obawy rozejścia się jednak blizny przy ruchach chorego i podczas chodzenia założono szeroką, płaską, skórzaną pelotę na okolicę blizny, którą jednak po 3ch dniach usunięto. W ostatnich dniach stwierdzić można wypukiem często bębnicę na całéj przestrzeni ścian brzucha, którą odnieść należy bądź do zmienionych stosunków trzew skutkiem operacyi, bądź też do podawania choremu nieodpowiednich pokarmów. Chory nasz nie uległ tak śmiałemu i znacznemu rękoczynowi; przypuszczać jednak niestety należy, że ulegnie wreszcie powrotowi raka, albowiem w obec tak rozległych rozmiarów nowotworu nie jest rzeczą prawdopodobną, aby gruczoły brzuszne nie były nowotworowo naciekłe, których wyłuszczenie, a nawet samo badanie, wobec tak długiego narażenia jamy otrzewnowéj na wpływ powietrza atmosferycznego, rozumie się samo przez się było niemożliwém. (Dok. nast.)

II. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n./W.

III. Wycięcie śledziony z powodu białaczki.

Podał J. Biziel,
lek. prakt. i asystent.

Pierwsze wycięcie śledziony wykonał Zacarelli już w r. 1549 z powodu przerostu z dobrym wynikiem; odtąd wycięto ją w kilkudziesięciu przypadkach. Za wskazania do téj operacyi ogólnie przyjęte i uznane uważać należy: 1) obrażenia ścian brzusznych z wypadnięciem śledziony, jeżeli jéj już napowrót do jamy brzusznéj wcisnąć nie można, albo jeżeli już zgorzel nastąpiła; rezultaty operacyi w tych warunkach są dość dobre: na 26 [1]) przypadków przez Nussbauma podanych 16 wyzdrowień, a więc 36% śmiertelności; 2) choroby śledziony, a mianowicie: przerost prosty, śledziona wędrująca, torbiel i może ropień śledziony; tu wyniki już gorsze: na 18 operowanych (podanych przez Credégo na 11ym Zjeździe chir. w Berlinie i w dyskusyi dalszéj przytoczonych) 9 wyzdrowiało, więc 50% śmiertelności. Nie nadają się zaś do operacyi obrzęki śledziony złośliwe: skrobiowate, czerniaczkowe itp. i w obec nich, jak się zdaje, nie wykonano też jeszcze téj operacyi. Białaczka dotąd co do wskazania sporne zajmuje miejsce. Bryant, który pierwszy w r. 1866 wyciął śledzionę białaczkową, a w roku następnym drugą taką operacyję wykonał, w obu razach z zejściem śmiertelném, wysnuwa ztąd wniosek, że tego rękoczynu w białaczce zaniechać należy. Billroth, ogłaszając pierwszy swój odnośny przypadek, pozostawia w zawieszeniu pytanie: czy wycięcie śledziony u ludzi z białaczką jest rzeczą niebezpieczniejszą niż u ludzi bez białaczki i czyby białaczka, po szczęśliwém wycięciu śledziony, ustąpiła; sąto pytania, które tylko doświadczenie rozstrzygnąć może; na razie więc białaczka nie może być przeciwwskazaniem téj operacyi (*Wiener med. Wochensch.*, 1877, Nr. 5). Z biegiem czasu liczba przypadków wzrastała, a doświadczenie z nich nabywane coraz bardziéj parło ku zdaniu Bryanta. Péan (*Diagnostic*

---

[1]) Jeden z nich pomyślny Dra Pietrzyckiego w Przegl. Lek. r. 1874 opisany.

et traitement des tumeurs de l'abdomen 1880), opierając się na 13 do owego czasu znanych operacyjach, z których żadna nie była pomyślną, wręcz oświadcza się przeciwko niéj: raz z powodu śmiertelnych krwotoków, a po drugie i ze względu na wątpliwą korzyść nawet szczęśliwéj operacyi, twierdzi bowiem, jak i Bryant, że obrzęk śledziony to tylko objaw następowy ogólnéj choroby, a usunięcie tego objawu nie usunie jéj przyczyny. Lecz wkrótce to słuszne, względem operacyi nieprzychylne usposobienie wahać się zaczęło, gdy Franzolini w r. 1882 (*Independante Gazz. med. di Torino*) ogłosił przypadek, w którym nietylko udała się sama operacyja, ale w którym i białaczka po operacyi ustąpiła. Zachęcony tym wynikiem, chociaż z małemi widokami pod względem skuteczności, wykonał i Dr. Rydygier tę operacyję. Potrzeba ogłaszania takich, chociaż nieszczęśliwych, przypadków w celu statystyki, aby przez to przyczynić się do rozstrzygnięcia téj kwestyi, zniewala nas do tego opisu.

M. M., 31 lat licząca, pochodzi z rodziny zdrowéj i sama nigdy znaczniéj nie była chorą, mianowicie nie cierpiała na zimnicę. W czternastym roku miała pierwszą miesiączkę, która odtąd powtarza się w odstępach czterotygodniowych regularnie i bez znaczniejszych dolegliwości. Od lat 12 zamężna porodziła ośmioro zdrowych dzieci. Niezadługo po ostatnim połogu, który odbyła w marcu 1882 r., uczuwać zaczęła w lewém podżebrzu pewną ciężkość i ucisk nieokreślony, a w czerwcu zauważyła guz wielkości pięści, który powiększał się zwolna ale stale. Guz ten był zawsze bezbolesny, sprawiał jéj jednakże, w miarę swego wzrostu, coraz przykrzejsze uczucie tłoczenia i naprężenia. Pacyjentka udała się w styczniu r. 1884 po poradę do naszéj kliniki. Znaczny przerost śledziony dobrze wymacalnéj i powiększenie liczby białych ciałek krwi nie sprawiało w rozpoznaniu białaczki trudności. Pacyjentka oświadczyła gotowość poddania się operacyi, jeżeliby była możliwą, lecz ze względu na wielkie niebezpieczeństwo operacyi nie chciano jéj wykonać. Po raz drugi zjawiła się chora 1go października. Stan jéj przedstawiał się w sposób następujący: pacyjentka wzrostu średniego, chuda, wybladła i osłabiona i błony śluzowe nie wiele uroniły ze swéj prawidłowéj barwy; nabrzmiałych gruczołów ani żadnéj bolesnéj sprawy w kościach nigdzie nie było. Narządy piersiowe zdrowe. Guz sięga w lewéj linii pachowéj od 10go żebra w miednicę mniejszą; ku stronie prawéj przekracza smugę białą o 15cm.; długość największa, mierzona ukośnie od 10go żebra ku prawéj okolicy pachwinowéj, wynosi 52cm.; guz ten twardy, gładki, bardzo mało poruszalny, dolna tylko część jego na ucisk bolesna. Badanie krwi wykazuje bardzo znaczną liczbę białych ciałek krwi. Pacyjentka od stycznia na siłach bardzo podupadła; guz jéj tak dolega, że ani stać ani chodzić nie może, w skutek czego ostatnie miesiące przeważnie w łóżku spędzić musiała; prócz tego cierpi od 4ch tygodni na rozwolnienie. Rozpoznanie przerostu śledziony z śledzionorodną białaczką potwierdziło się, prócz tego częściowe zapalenie otrzewny w dolnéj części brzucha. I tym razem odmówiono jéj operacyi; ponieważ jednakże pacyjentka z całą mocą nalega, bo stan jéj obecny nie do zniesienia, a możliwość uratowania jéj od niechybnéj, a rychłéj, śmierci ze względu na przypadek Franzoliniego bezwzględnie wykluczoną być nie mogła, usilnemu jéj życzeniu zadosyć uczyniono i przystąpiono do operacyi w dniu 3cim października 1884 r.

Po gruntownem, zwyczajnem przygotowaniu do laparotomii, zrobiono w smudze białéj cięcie aż do otrzewny sięgające od wyrostka mieczykowatego na szerokość dłoni ponad spojenie łonowe. Tu uderzyło nas zaraz nadzwyczaj obfite krwawienie nawet z najmniejszych naczyń, tak iż było potrzeba przeszło 20 podwiązań, aby krwotok zatamować, — kiedy w innych warunkach, jak wiadomo, często ani jednego nie potrzeba podwiązać naczynia. Następnie przecięto otrzewnę: guz wstawił się zaraz w ranę i bez trudności wydobyto go, nigdzie bowiem nie miał nieprawidłowych zrostów; przy téj sposobności wypłynęło kilka łyżek zmętniałego płynu otrzewnowego, a na dolnéj części guza spostrzeżono ropnowłóknikowe skrzepy. Na szypułę guza założono zaleconą przez Ohlshausena (na 11 Zjeździe chir. w Berlinie 1882) podwiązkę elastyczną: grubą a tępą igłą przeprowadzono ją podwójnie przez środek szypuły, wiąz żołądkowo-śledzionowy, i na obie strony zawiązano; ażeby zaś ile możności jak najbezpieczniéj zapobiedz zsunięciu się podwiązki, przyszyto ją do obwodu szypuły cienkim jedwabiem. Drugą podwiązkę założono o $1^1/_2$cm. daléj ku wnęce śledziony, a pomiędzy obiema podwiązkami szypułę przecięto. W téj chwili silny strumień krwi trysnął z dośrodkowéj części przeciętéj szypuły. Krwawiący koniec uchwyciliśmy i zacisnęliśmy prędko palcami, a po podwiązaniu go najgrubszym jedwabiem, założonym poniżéj podwiązki elastycznéj, krwotok ustał zupełnie. Następnie podwiązaliśmy wiąz przepono-śledzionowy, ponieważ zaś podług sprawozdań operatorów właśnie z tego więzu śmiertelne często nastąpiły krwotoki, odcięliśmy mały krążek z tkanki śledziony i pozostawiliśmy go przy więzie, tak iż i tu podwiązka usunąć się nie mogła. Po dokładném oczyszczeniu jamy brzusznéj z krwi zwitkami gazy sublimatowéj i po ponownem zbadaniu podwiązek zaszyliśmy ranę brzuszną szwami głębokiemi otrzewnę zachwytującemi, a na to nałożono opatrunek sublimatowy. Operowaną przenieśliśmy do łóżka ogrzanego, na brzuch położyliśmy woreczek z piaskiem. Ciepłota, która już w dniu przed operacyją w skutek podrażnienia otrzewny wynosiła 38,6°, wzmogła się w przeciągu dnia do 39,3, a wieczorem do 39,5°, tętno przyspieszone, 136 uderzeń, małe i cienkie; pacyjentka dostała 2 razy *Tinct. opii.* W nocy nastąpił 2 razy stolec, pacyjentka nie czuje żadnych bólów, sen był dobry. Rano dnia następnego wynosiła ciepłota 38,5°, tętno 120 uderzeń, bardzo słabe; 2 razy podano jéj czarnéj kawy; zresztą czuje się chora bardzo dobrze, bólów nie ma żadnych, objawia nawet wielki apetyt. Tętno coraz bardziéj przyspieszone, 140 uderzeń, staje się coraz słabszém, oddechanie coraz trudniejszém, aż o 11éj godzinie w południe śmierć nastąpiła.

Badania zwłok całych krewni nie dozwolili, otworzyliśmy tylko jamę brzuszną. Po zdjęciu opatrunku zobaczyliśmy zaraz na zewnętrznéj stronie ścian brzusznych skrzep krwi w wielkości i grubości dłoni; szwy ścian brzusznych trzymają dobrze. Na wewnętrznéj stronie ścian brzusznych także skrzep krwi na dwie dłonie szeroki a na 8cm. gruby; pomiędzy fałdami sieci większéj także krwawe złogi. Podwiązki na szypule i więzie przepono-śledzionowym trzymają dobrze, tam téż krwi nigdzie nie widać. Guz wycięty ważył 6 kilogrm.

Śmierć więc nastąpiła tu, jak prawie we wszystkich przypadkach (2 razy tylko podano wstrząs za przyczynę śmierci), w skutek ubiegu krwi i to ze ścian brzusznych pomimo że mnóstwo podwiązek założono a na końcu operacyi krwawienia nie było; niedostateczne krzepnienie krwi białaczkowéj zdaje się i tu było przyczyną krwotoku.

O ile nam wiadomo, wycięto dotąd śledzionę w skutek białaczki w 20 razach: 16 przypadków przytacza w swéj statystyce H. Collier (*Lancet*, 1882) i R. Credé (*Arch. f. klin. Chir.*, 1882); do tego doliczyć trzeba jeden jeszcze przypadek Czernego, przez Brauna wspomniany, przypadek Franzoliniego, daléj Terriera (*Revue de Chirurgie*, 1884) i nasz tu opisany. Z 20 operacyj jedno tylko wyzdrowienie [1]), to wynik istotnie odstraszający, który każdego coraz bardziéj skłaniać musi do zdania Bryanta, Mackenziego, Péana i innych, że przerost śledziony w obec białaczki nie nadaje się do operacyi.

III. Dżuma w Iraku arabistańskim w r. 1884.

podał Dr. W. **Jabłonowski** w Bagdadzie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13).

Wszystko to, co powiedziałem, dotyczy osób dotkniętych zarazą aż do chwili ich zgonu. Z ustaniem bowiem życia przepada i zabójcza siła przyrzutu. Zwłoki zadżumionych, świeże, obnażone z odzieży i wycofane z ogniska zakażenia, nie są więcéj pośrednikiem wzbudzającym obawę dalszego szerzenia się zarazy. Dotykanie ich, badanie, sama wreszcie obdukcyja, przekonały nas, że twierdzenie, jakoby zwłoki zadżumionych także udzielały zarazę, jest niezgodném z faktami dostrzeżonemi w praktyce. Mówię tu jednak tylko o zwłokach świeżych. Czy powietrze otaczające chorych, przesycone ich wyziewami i cechujące się właściwego rodzaju wonią, wypada uważać za pośrednika w szerzeniu się dżumy? Na to odpowiem potwierdzająco, opierając się na fakcie już wyżéj wspomnianym, że znaczna liczba osób przebywających w atmosferze otaczającéj zadżumionych, wpadała w stan ogólnego, lecz niedającego się określić niedomagania, w pewnych przypadkach sprowadzającego zakażenie, w innych znowu kończącego się tylko stanem ogólnego osłabienia. Wpływ więc wyziewów płucnych i skórnych, ulatnianie się ropy, śród warunków sprzyjających podobnemu procesowi, przesycenie niemi powietrza, w miejscach ciasnych i pozbawionych wszelkiego przewiewu, wypada policzyć do rzędu dróg sprzyjających także szerzeniu się zarazy.

Oprócz bezpośredniego zetknięcia się zdrowych z zadżumionymi, pewną rolę w transmisyi zakażenia ropą wąglików odgrywały także owady, mianowicie pewien gatunek muchy (*Mosca seleucica Wood*). Zdaje się, że życie tego owadu pozostaje w pewnéj łączności z ukazaniem się i rozwojem zarazy, ponieważ ani przed jéj ostatnim tu rozwojem, ani po jéj ustaniu, nigdzie go więcéj nie zauważono, a dopiero z dojściem zarazy do największéj siły jéj rozwoju ukazywały się gromady much, przybywających zawsze z ponad zachodnich wybrzeży nadtygrzańskich bagnisk. Owad ten większy od zwykłéj europejskiéj muchy ma kształt okrągławy, ciało koloru ciemno-popielatego, uzbrojone w parę skrzydeł, pokrytych żółtemi podłużnemi centkami, z głową maleńką, posiadającą duży stosunkowo sączek, czy też żądełko, i z trzema parami nóżek równych lecz nastrzępionych i okrytych rodzajem gęstego meszku. Łakomy ten i nadzwyczaj dokuczliwy owad był drugą plagą dla nieszczęśliwych chorych. Wytrwały na dymy siarkowe i chlorowe, ukazywał się zwykle w półtory godziny po wschodzie słońca. Napastował w ciągu całodziennych upałów gromadnie obsiadając chorych i dopiero około godziny 6téj po południu, nasycony niejako swym łupem, osiadał na piaszczystych przestrzeniach otaczających miejsce zakażone, lub też krył się na gałęziach drzewiastego tamaryszku i sterczących tu i owdzie łodygach bodiaku. Gdy teraz uwzględnimy pozostawanie większéj ilości chorych w stanie nędzy, niemających najczęściéj za posłanie jak na pół zgniłą rogóżkę, a za okrycie podarty i podziurawiony wełniany płaszcz, nieopatrujących ran, powstałych ze zgorzelinowego rozpadu wąglików lub dymienic, ran najczęściéj pozostających otwartemi, zrozumiemy, jak wielka łatwość przedstawiała się dla żarłocznego owadu nurzania się w ropie, i już znaną drogą przenoszenia jéj na inne dostępne miejsca. Zakażeniu tą drogą wyłącznie ulegały dzieci, same przez się niezdolne do uwolnienia się od napastującego owadu, a przez niedbałość osób, których pieczy były powierzone, narażone na znoszenie cierpień wywołanych i przeniesionych przez nielitościwy owad. U dzieci téż pierwsze pojawy zakażenia występowały prawie stale w kątach oczodołów, na błonie śluzowéj powiek i ust, i jako takie, pozwolę sobie przypuścić, że zostały wywołane złożeniem zgniłéj ropy, przeniesionéj przez wspomniany owad.

Zauważane pośród owiec i wielbłądów nagminnie panujące choroby i podawane jako poprzedzające zawsze dżumę w Iraku arabistańskim, wypada uważać jako drogę ułatwiającą tylko przyswojenie się zarazy, a być może także jako przygotowującą ustrój do łatwiejszego przyjęcia przyrzutu. W istocie bowiem, jeżeli ludność uboga jadając mięso zwierząt dotkniętych pewnym stanem chorobowym, ulega zakażeniu przez wprowadzenie do ustroju szkodliwego pokarmu, to te same zwierzęta przeprowadzane z miejsca na miejsce bezwątpienia zdają się pośredniczyć w dalszém propagowaniu zarazy. Jednakże na potwierdzenie tego faktu nie posiadamy dowodów dostatecznie przekonywających. — Jeżeli go cytuję, to tylko w zamiarze dania wyrazu i zanotowania opinii ogółu tutejszych lekarzy.

Nieporównanie pewniejszém jest przenoszenie się zarazy za pośrednictwem odzieży, pościeli i w ogóle resztek szmat pozostałych po zadżumionych. Przekonani, że zarodki właściwe dżumie obierają sobie tkaniny wełniane za dalsze przytulisko, przechowują się na nich czy w nich z wielką łatwością, zastósowywaliśmy wszystkie rozporządzalne środki do usunięcia wszystkiego, co pozostało z odzieży lub bielizny po ofiarach zarazy. W początkach strażnicy sanitarni wywiązywali się z tego zadania nie napotykając wielkich trudności. Lecz gdy się przekonano, że szmaty niszczono ogniem i że z powodu nieposiadania innych sposobów dezinfekcyjnych, wszystko palono, opór mieszkańców, a mianowicie kobiet, stał się nieprzezwyciężonym. Bielizny i pościelii najściśléj przeprowadzone rewizyje nie zdołały wykazać i nie dawały też one innego rezultatu nad zapewnienie, że znalezione rzeczy nie należały do zadżumionych. Jednakże niechętni w oddawaniu szmat na zniszczenie ogniem wyrzucali je na ulicę. Nagość niektórych biedaków skłoniła ich do korzystania z podobnie znalezionego daru. Na nieszczęście jednak korzyści nie miano żadnéj. Nędzarz bowiem okrywając się strzępami znalezionéj płachty, padał zwykle ofiarą ślepéj swéj nieostrożności! Bardzo tu często spotyka ne ka

---

[1]) Zresztą autorowie zdają się i w przypadku Franzoliniego powątpiewać o istnieniu białaczki. Credé przytacza w swéj statystyce przypadek ten poprostu jako *hypertrophia*, gdy w innych przypadkach dodaje wyraźnie *leucaemica*; w rozprawach Towarzystwa niemieckich chirurgów w r. 1884 określenie tego przypadku jako *hypertrophia leucaemica* oznaczono znakiem zapytania.

pliczki z grobami czczonych przez Mahometan Szeitów patronów lub tylko „Seidów“ i „Imamów“ były także miejscem, gdzie przesądni mieszkańcy wywieszali bieliznę lub łachmany, pozostałe po ofiarach dżumy. Takichto szmat nawet nędzarz zdjąć nie miał odwagi. To téż zwykle stawały się one łupem strażników, palących je ku wielkiemu zgorszeniu tuż przy samych kapliczkach! Liczne jednak fakty zakażenia się tą drogą, jakie uważaliśmy w Iraku, stanowczo zaprzeczają twierdzeniu, że odzież, bielizna lub pościel po chorych nie są pośrednikami w szerzeniu się zarazy. Nie tylko one, ale i towary pochodzące z miejsc zakażonych i przechowywane w składach wilgotnych i nieprzewietrzanych wypadło nam tu uważać za dość pewną drogę, ułatwiającą przenoszenie się zarazy z jednéj miejscowości na drugą.

Wreszcie dla uzupełnienia mych wywodów nad sposobami przenoszenia się dżumy pozostaje mi jeszcze zrobić porównawczą wzmiankę o znaczeniu zarazy panującéj nagminnie i epidemicznie. Niezmiernie ważnym tak dla tutejszych jak i w ogóle międzynarodowych stosunków jest potwierdzenie zdania wypowiedzianego przez komisyję francuską (sprawozdawca Dr. Pruss), że zaraza z charakterem nagminnym nie ulega transmisyi i że tylko dżuma panująca epidemicznie jest zdolną szerzyć się już to w punktach dotkniętych zarazą, jak również i po za ich obrębem. Ostatnie to zdanie nie wymaga żadnych komentarzy. Fakty uważane w praktyce, wyraźnie to potwierdzają. Co się zaś tyczy charakteru nagminnego dżumy i wykazania jéj skłonności do dalszego szerzenia się lub wyłącznego ograniczenia się do pewnych punktów, główny zarząd służby zdrowia w Stambule polecił, aby przez poszukiwania przeprowadzone na miejscach nawiedzonych zarazą potwierdzono lub zmieniono powyższą opinię. To téż z okoliczności każdorazowéj epidemii dżumy w Iraku, pomimo że w Teheranie delegat sanitarny rezyduje, wysłano do Persyi, mianowicie do Kurdystanu perskiego, jednego z lekarzy już to pozostających w Mezopotamii, lub téż wyłącznie delegowanego ze Stambułu, z misyją zapoznania się i skonstatowania stanu zdrowotnego pośród mieszkańców zwanych „Teylli“ lub „Lurde,“ koczujących w pobliżu pogranicza turecko perskiego. Taką misyję odbyli Drowie Wartabet, Castaldi, Stiepowicz i Lubicz. Sprawozdania jednak z poszukiwań przeprowadzonych przez lekarzy, pozostały w archiwach Zarządu służby zdrowia a tylko Dr. Castaldi wzbogacił bijografiję dżumy dwiema rozprawkami, które poparte raportem jeneralnego inspektora służby zdrowia Dr. Bartolettego wykazały, że dżuma pośród plemion Kurdystanu perskiego panuje nagminnie w pewnych peryjodycznie po sobie następujących okresach czasu. Od strasznéj bowiem epidemii w roku 1830 ogniska dżumy w Kurdystanie perskim nigdy zupełnie nie wygasły, w dowód, że jest to taż sama choroba, która corocznie ma się ukazywać zimą i na wiosnę w okolicach począwszy od wybrzeży morza Kaspijskiego aż do zatoki perskiéj. Ona to ukazawszy się w roku 1879—80 w prowincyi astrachańskiéj (Wetlianka) przeraziła całą Europę, sądzącą, że straszna ta plaga już dawno nie istnieje. Co zaś do samego Iraku, to dżuma panowała tu corocznie w latach 1873, 74, 75, 76, 77 a w roku 1881, ukazawszy się najprzód w miejscowości zwanéj Szamieh, w okolicy położonéj między Hylleh i Dywanieh po prawym brzegu Eufratu i przywleczona tam przez podróżnych z Persyi, przedostała się do Nedżefu, punktu pielgrzymki Mahometan Szeitów, słowem, że i w tych epokach nie miejscowym tylko warunkom ale przedostaniu się zarazy z perskich pogranicznych prowincyj wypada przypisać szerzenie się dżumy w Iraku. Prócz przekonania, że w Lurystanie perskim zaraza zjawia się corocznie będąc ograniczoną do pewnych puktów, niewątpliwém jest także, że ogniska dżumy istnieją w Chorozanie, prawdopodobnie także w Afganistanie, a najpewniéj w stanie trwałym, choć również ograniczonym, na południe pasma Himalaya, mianowicie w miejscowościach Kamaon i Garwal. Ze sprawozdań zaś lekarzy indyjskich wypada sądzić, że dżuma jest znaną i w chińskim Yun-Nanie. Po za granicami zaś Iraku arabistańskiego przekonano się także, że zaraza istnieje w kraju Assyr, zajmującym południowy pas półwyspu arabskiego, między Omawem i Jemenem. Nie należy téż spuszczać z uwagi i prowincyi zwanéj Nedżett, ciągnącéj się wzdłuż zachodnich wybrzeży zatoki perskiéj aż do pobliża Moskatu, gdzie plemiona koczujących Arabów dość często bywają nawiedzane przez dżumę, mającą tam swe wiecznie trwające ognisko. Wzmiankę o powyżéj podanych miejscowościach, gdzie dżuma panuje nagminnie, zrobiłem tylko dla wykazania, jak licznemi i łatwemi są drogi, któremi zaraza przedostaje się do posiadłości tureckich. Najbliższą jednak i najbardziéj podejrzaną miejscowością pozostanie zawsze Lurystan perski, na któryto zwykle największą zwraca się uwagę. Przybywszy téż do Iraku w celu wzmocnienia sił fachowych miejscowych i z misyją jak można najdokładniejszego zbadania charakteru i sposobu powstania zarazy, potwierdziwszy tylko zmniejszenie się jéj siły, uważałem za stósowne zrobienie także wycieczki do Lurystanu perskiego, dla zapewnienia się, czy téż i na ostatnią epidemiję dżumy w Iraku oddziałały jakieś obce wpływy. Rezultatem mojéj wycieczki odbytéj w czasie upałów lipcowych, a zatém w porze niesprzyjającéj już rozwojowi dżumy, było tylko potwierdzenie nagminnego istnienia zarazy w Lurystanie. Dostateczna liczba osób obojéj płci, którą zdołałem poddać badaniu, ze śladów pozostałych po przebytém cierpieniu, jak charakterystyczne pojawy następowe zarazy, mianowicie zgorzelina płuc, długotrwałe zaniemienie, porażenie odnog dolnych, głuchota nerwowa, blizny po wąglikach, u mężczyzn na szyi i pod pachami, u kobiet na sutkach, u dzieci zaś skręcenie głowy na bok, zezowatość, a w ogóle u wszystkich cechujący zanik mięśni i osłabienie władz umysłowych pozwoliły mi wysnuć wniosek o swoistości tam dżumy, podług zapewnień mieszkańców ukazującéj się corocznie, począwszy od roku 1879. Byłoto więc tylko potwierdzenie znanego i już wyżéj zacytowanego faktu. Szukałem jednak czegoś więcéj. I przez uzupełnienie mych studyjów późniéj zebranemi datami zdołałem dojść do wniosku, że dżuma (z którą mieszkańcy Lurystanu są tak dobrze oswojeni jak my np. z durem plamistym) będąc swoistą w pewnych miejscowościach, w tych tylko zwykła się szerzyć, podczas gdy w pewnych latach i w tych samych warunkach zaraza przybiera charakter epidemiczny i rozwlekając się na większe przestrzenie drogą stosunków jednego punktu z drugim przedostawać się zwykła i do Iraku, tak że i ostatni jéj rozwój na terytoryjum tureckim należy przypisać wyjątkowemu charakterowi, z jakim zaraza przyswojona w Lurystanie perskim, szerzyła się tam w początkach 1884 roku. Zdanie, że zaraza ma szczególną skłonność łatwiejszego przyswajania się pośród indywiduów wątłego ciałotworu i z natury słabowitych, do pewnego stopnia zgadza się z faktami obserwowanemi w praktyce. W Iraku téż, największą liczbę zakażeń spotykamy pośród osób wycieńczonych dawniéj przebytemi cierpieniami, u dotkniętych tak tu

rozpowszechnionêm charłactwem zimniczêm, u dzieci zołzowatych i kobiet, których stan socyjalny tutaj, nie już że jest opłakanym, ale będąc gorszym aniżeli w ogólnym układzie społeczeństwa muzułmańskiego, przedstawia pod względem patologicznym bardzo charakterystyczne cechy. W każdéj téż okoliczności nieszczęśliwe te i poniewierane istoty są tutaj najbardziéj narażone na wpływy zarazy i kontyngens ofiar, jaki dają, przechodzi liczbę mężczyzn. Płeć więc, wiek dojrzały, wątły ciałotwór i wreszcie nędza moralna, wywierają tu niezaprzeczony wpływ na zwiększanie się ilości osób dotkniętych i ulegających zarazie.

Czytając sprawozdania o dżumie, podane przez lekarzy egipskich i niektórych praktyków w Indyjach wschodnich, spotykamy się tam z opiniją, że pewne profesyje i zatrudnienia, mianowicie garbarstwo, usposabiać mają do łatwiejszego zakażenia się. Trudno mi było przekonać się o têm w czasie epidemii dżumy w Iraku. Tutaj bowiem właściwe profesyje nie istnieją. Uprawiający rolę (Fellah), pasterz trzód (Czaban) i wynajmujący konie do odbycia podróży (Keradży), oto zajęcia, jakim się oddaje biedniejsza klasa mieszkańców. Zamożniejsi zaś, ospale spożywają dary natury, częścią oddają się drobnemu handlowi, który, nieuważany za profesyję, właściwie służy tylko do zabicia czasu! Ztąd więc nie podobna przyjąć za pewnik, że tego rodzaju zajęcia usposabiają w sposób wyłączny do zakażenia się. Pewnêm jest tylko, że dżuma znajdując pośród ubogich mieszkańców odpowiedniejsze do swego rozwoju warunki, szerzy się z większą siłą, aniżeli to ma miejsce pośród klasy zamożniejszéj. Lecz i ta ostatnia, mianowicie w epidemii 1884 roku, także nie została oszczędzoną. Można więc przypuścić, że stosunek zakażonych i śmiertelność pośród nich równoważyła się prawie. (C. d. n).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. O. Messerer (w Monachijum): **O znaczeniu sądowolekarskiém rozmaitych postaci złamań kości.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13).

3. Rany postrzałowe.

Jeżeli rana postrzałowa przeszywa czaszkę, rozróżniamy otwór wstrzału z łatwością od otworu wystrzału, ponieważ w pierwszym blaszka szklista okazuje złamanie znaczniejsze aniżeli blaszka zewnętrzna, podczas gdy w otworze wystrzału stosunek odwrotny zachodzi [1]). Pochodzi to ztąd, że pocisk, pędząc przed sobą części zmiażdżone, niszczy więcéj blaszkę późniéj uszkodzoną. Doświadczenia Buscha, Kochera i innych wykazały, że w obec ran postrzałowych mózg ważny wywiera wpływ na złamania czaszki. Jak strzał, wymierzony w puszkę blaszaną próżną, sprawia tylko otwór wstrzału i wystrzału, wymierzony zaś w puszkę taką samą, ale napełnioną mózgiem lub wodą, wywołuje rozsadzenie jéj na wszystkie strony, tak samo działa mózg tak bardzo w wodę obfity, jeżeli czaszka poddaną zostaje nagłemu działaniu pocisku nowoczesnego; mózg bowiem, tak jak woda, jest całkiem nieściśliwym, a rozsadzenie czaszki jest têm znaczniejsze, im większą jest siła pędząca pocisk, a więc jeżeli strzał pada z karabinu nowoczesnego z bliska. Jeżeli siła ta jest mniejsza, np. przy strzale rewolwerowym, wtedy czaszka nie zostaje rozsadzoną, lecz zdarzają się złamania odosobnione, nie pozostające w żadnym związku ani z miejscem wstrzału, ani z miejscem wystrzału; są to więc złamania pośrednie, a do powstania złamań takich nie potrzeba wcale, aby pocisk przeszył mózgowie, bo wystarcza, jeżeli ugodzi czaszkę nie przebijając jéj wcale.

[1]) Okres ten jest nieco niejasny. Otwór wstrzału na czaszce jest mniejszy i regularniejszy, aniżeli otwór wystrzału, i ma brzegi bardzo ostre, podczas gdy otwór wystrzału ma brzegi przytępione i schodkowate. Różnica jest tak uderzającą, że na pierwszy rzut oka rozpoznać można, którędy kula weszła, a gdzie wyszła. *Sprawozd.*

4. Złamania pośrednie.

Według teoryi Sancerotte'a złamania pośrednie w ten sposób przychodzą do skutku, że z miejsca bezpośrednio ugodzonego wychodzą fale, rozszerzające się jednostajnie po całéj czaszce, a przez zbieganie się po stronie przeciwległéj wywołują tak silne wstrząśnienie, że to dopiero miejsce ulega pęknięciu. Teoryja ta jako nieuzasadniona została porzuconą, a wiele przypadków złamania pośredniego, w literaturze wspomnionych, nie wytrzymuje krytyki; mimo to autor nie zaprzecza możności powstania złamania pośredniego, bo za nią przemawiają rzadkie wprawdzie przypadki, należycie sprawdzone, oraz wyniki doświadczeń czynionych za pomocą ucisku i uderzenia. Do wystąpienia ich potrzeba atoli, aby uraz działał na części czaszki względnie znaczny opór stawiać mogące a uraz przenoszące na części odleglejsze. Mechanizm jest dwojaki: albo te części odleglejsze pękają, albo skutkiem przesunięcia zginają i załamują się.

a) Pęknięcia.

Fig. 6.



Fig. 7.



Fig. 6 przedstawia czaszkę, którą Herrmann poddał uciskowi poprzecznemu na obie kości boczne; w skutek takiego ucisku wymiar poprzeczny czaszki zmniejszył się, podczas gdy wymiary strzałkowy i pionowy powiększyły się; prężenie części podstawowych doszło do tak wysokiego stopnia, że części te pękły i tym sposobem powstały dwie rozpadliny na podstawie, a mianowicie jedna, przebiegająca od jednego otworu wzrokowego do drugiego, jest złamaniem pośredniém, ponieważ w żadnym związku nie pozostaje z miejscami bezpośrednio ugodzonemi; druga zaś, większa, jako dążąca do prawéj kości bocznéj, z pewnością jest bezpośrednią.

b) Załamania.

Fig. 7 przedstawia czaszkę trupa, na którego głowę spuszczono ciężar znaczny (trup siedział). Z miejsca zderzenia się ciężaru ze sklepieniem wychodzi rozpadlina, przebiegająca przez lewą kość boczną do środkowéj jamy czaszkowéj, a całkiem nie zależnie od niéj i bez związku z miejscem ugodzoném jakotéż z częściami podstawy na kręgosłupie spoczywającemi widać 2 małe złamania, a mianowicie jedno w jamie potylicznéj dolnéj prawéj, drugie zaś na siodle tureckiém. Powstały one w ten sposób, że skutkiem działania

urazu zewnętrznego kręgosłup wparty został do wnętrza czaszki; brzegi silne otworu tyłogłowowego stawiły opór skuteczny, natomiast uległy miejsca pobliskie, mocno na wewnątrz wgięte. Złamania te pośrednie powstają więc w ten sam sposób, co złamania pierścieniowate podstawy, z tą tylko różnicą, że w ostatnich wykazać się daje bezpośredni związek z miejscami, które na kręgosłupie spoczywały, czego tu nie ma.

Z tém wszystkiém w przypuszczaniu złamań pośrednich należy być bardzo ostrożnym, aby nie popaść w błąd rozpoznawczy, jak przekonać się można na przykładzie szczegółowym. Dajmy na to, że ktoś uderzony w głowę upada bezprzytomny; po ranie znalezionéj na głowie przypuszczamy, że uderzenie tyczyło się prawéj połowy czaszki. Chory umiera a przy sekcyi znajdujemy złamanie kości bocznéj lewéj, podczas gdy prawa kość boczna jest nienadwerężoną. Idąc za teoryją Saucerotte'a możnaby przypuścić złamanie pośrednie. Wywiady dokładniejsze wykazują atoli, że złamanie w inny powstało sposób, albowiem w skutek doznanego uderzenia obrażony upadł i uderzył się w ciemię lewe o bruk kamienny. Złamanie więc lewéj kości ciemieniowéj oczywiście było bezpośredniém. Dlatego tylko takie złamania uznać należy za pośrednie, które nie pozostają w związku ani z miejscem, które ugodzone zostało, ani z miejscami, na których czaszka spoczywa lub na które upada. Dlatego też i owych odosobnionych złamań, które zdarzają się w środkowéj jamie czaszkowéj, nie uznamy za pośrednie, jeżeli w skutek upadnięcia i uderzenia się w brodę znajdziemy żuchwę nietkniętą, podczas gdy cios udziela się podstawie czaszki.

II. Złamania kości kadłuba i odnóg.

1. Kadłub.

Na uwagę zasługują przedewszystkiém złamania kręgów w skutek ciśnienia (*Compressionsbrüche* Middeldorpfa), przyczém trzon kręgu ściśniony zostaje w kierunku prostopadłym, tak że płaszczyzna górna zbliża się do dolnéj (fig. 8); jeżeli siła działała niejednostajnie, wtedy obie płaszczyzny nie są równoległe do siebie. Złamanie takie dowodzi, że siła działała na kręgosłup prostopadle, że więc upadnięcie na pośladki złamanie wywołało.

Fig. 8.



Co do klatki piersiowéj, zasługuje na przypomnienie, że elastyczność jéj jest nadzwyczajną. U istót młodocianych można po wyjęciu trzew brzusznych przez ucisk zbliżyć mostek do kręgosłupa, a nie wywołać złamania żeber; nawet u osób starych dopiero po silném ściśnieniu złamanie żeber powstaje [1]).

Co się tyczy miednicy, zasługuje na uwagę, że działanie na nią siły w większym obszarze nie wywołuje złamania w jednéj linii, lecz we dwóch, że więc z pierścienia miednicy kawał wyłamany zostaje. Jeżeli siła działała w kierunku strzałkowym od przodu ku tyłowi, powstają zazwyczaj złamania kości łonowéj a częstokroć złamania symetryczne, które dotyczą obustronnie gałęzi pozioméj i zstępującéj téjże kości (fig. 9).

Fig. 9.



2. Odnogi.

W dziełach chirurgicznych spotykamy się zazwyczaj z rozróżnieniem złamań bezpośrednich od pośrednich; rozróżnienie to atoli ma znaczenie praktyczne tylko pod względem stłuczenia części miękkich, które jest większe w złamaniach bezpośrednich aniżeli pośrednich. Inaczéj się ma rzecz ze złamaniem samém; zdruzgotanie bowiem kości prędzéj się zdarza w złamaniach pośrednich, podczas gdy w bezpośrednich uszkodzenie bywa pojedynczém. Pod względem postaci w dziełach chirurgicznych jest mowa tylko o znanych typach: o złamaniu poprzeczném, podłużném, ukośném itd., podczas gdy się nie uwzględnia postaci innych oraz zależności postaci złamania od rodzaju gwałtu zewnętrznego.

Dla celów medycyny sądowéj atoli rozróżnić należy w miarę powstania i postaci następujące przypadki:

a) Złamania kości odnóg przez rozdarcie, jeżeli w obydwóch końcach działają siły w kierunku przeciwnym. Złamania takie wywołać można sztucznie, ale powstają one także za życia śród wyrwania odnogi (Guermonprez opisał 5 przypadków wyrwania ramienia, a w tych 3 razy kość ramieniowa była złamaną), jakkolwiek w takich razach częściéj przerwanie następuje w stawach.

b) Złamania skutkiem zgniecenia. Sztucznie wywołać można takie złamanie, jeżeli się kość poprzecznie zgniata pomiędzy dwiema płaszczyznami, lub jeżeli się kość leżącą na podstawie twardéj uderza z boku młotem (fig. 10), powstają wtedy rozległe rozpadliny podłużne, albowiem kość zgniecioną zostaje, jak sitowie w palcach ściśnięte. (fig. 11). Za życia złamania takie mogłyby powstać np. skutkiem przejechania, ale zdarzają się rzadko, bo kość musiałaby dobrze przylegać do ziemi, podczas gdy kości z powodu postaci giętéj i pokrycia częściami miękkiemi nie przylegają mocno do podstawy i dlatego ulegają raczéj złamaniu przez zgięcie. Ile razy jednak lekarz sądowy napotyka wielokrotne rozpadliny podłużne w kości, może wnosić nie tylko o sposobie działania gwałtu, ale orzec może także, że gwałt był bardzo silny, albowiem doświadczenia autora dowiodły, że aby podobne rozpadliny wywołać na kości udowéj mężczyzny wieku średniego, potrzeba obciążenia jéj nad 1000 kilogr., a do zupełnego zgniecenia uda nawet ciężaru 3000 kilogr. (Dok. n.)

Fig. 10.

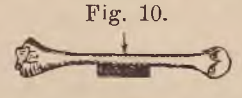
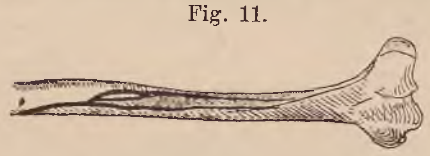


Fig. 11.



Prof. Bernhard: **O chorobie Thomsena.**

Autor obserwował kilka przypadków choroby Thomsena w rodzinie, w któréj dziedziczność niewątpliwie odgrywała rolę. Najprzód przedstawił mu się $16\frac{1}{2}$ lat liczący, atletycznie zbudowany młodzieniec, użalający się na sztywność przy wykonywaniu jakichkolwiekbądź ruchów. Sztywność ta nie jest atoli bezustanną, lecz występuje tylko przy pierwszych ruchach. Pierwsze kroki stawia pacyjent jak na szczudłach, przy podniesieniu się ze stołka po dłuższém siedzeniu sztywnieje na kilka sekund całe ciało, a głównie nogi, wejście na pierwsze 4 lub 5 schodów jest dla chorego z nadzwyczaj wielkim trudem połączone. Przy najsłabszém potknięciu

[1]) Odnosi się to zapewne tylko do trupów, bo wiadomo, że za życia człowieka żebra jego nie stawiają tak wielkiego oporu, zwłaszcza u osób starszych. *Sprawozd.*

się upada chory na ziemię, przyczém całe ciało sztywnieje tak, że w ciągu pierwszych kilku minut nie może się żadną miarą z ziemi podnieść. Przy uścisku obcéj ręki mięśnie zginacze ręki przez dłuższy czas zostają w skurczu. Również śród żucia popadają czasem mięśnie żwacze w tężcowy skurcz. Odruch kolanowy wybitny. Elektryczna pobudliwość mięśni twarzy prawidłowa, gdy tymczasem mięśnie rąk zostają jeszcze jakiś czas w skurczu po odjęciu elektrod. Chory jąka się dość często. Cierpienie rozpoczęło się w 5tym roku życia i miało najprzód zajmować głównie odnogi dolne. — W tydzień późniéj przedstawiła się autorowi siostra powyższego pacyjenta, lat 18 licząca. Chora odznacza się silną budową ciała, mówi płynnie i okazuje te same objawy chorobowe, jak jéj brat, z tą tylko różnicą, że ruchy rąk odbywają się u niéj z większą swobodą. Na szczególniejszą uwagę zasługuje okoliczność, że nietylko rodzice wspomnianych chorych byli ze sobą spokrewnieni, ale także dziadek i babka liczyli się do bliskich krewnych. Córka tych praojców (a więc ciotka powyższych chorych) cierpiała na chorobę Thomsena — a dwoje dzieci pochodzących z drugiéj córki (która wyszła za mąż również za swego kuzyna) przedstawia także wybitne objawy téj choroby. Podobne szerzenie się choroby wśród kilku pokoleń znaném było dotychczas tylko w rodzinie Thomsenów. (*Centralbl. f. Nervenheilkunde, Psych. u. ger. Psychopath.* 1885. Nr. 6). *Dr. Prus.*

Ostatnie prace w sprawie znaczenia wahań Schultzego dla medycyny sądowéj.

Spór o doniosłość próby płucnéj hydrostatycznéj kwitnie jeszcze dotąd w całéj pełni. Liczne doświadczenia wykonane na noworodkach nieżywych, celem przekonania się, czy płuca niedodmowe można napełnić powietrzem znanemi dotąd metodami z wykluczeniem bezpośredniego wdmuchiwania, doprowadziły różnych badaczy do bardzo sprzecznych wyników. W najnowszych czasach zajął się świat lekarski głównie metodą wahań Schultzego, odkąd jéj przyznano na mocy licznych doświadczeń znakomity wpływ na aspiracyję bierną. Sposób postępowania i znaczenie metody wahań są podane w Przegl. Lek. Nr. 19 z r. 1882 i Nr. 35 i 36 z r. 1884.

Metodą wahań walczył i walczy dotąd Runge, chcąc podkopać wartość próby płucnéj. Już w r. 1882 ogłosił w *Berl. klin. Woch.* (p. Przegl. Lek. 1882, Nr. 19) przypadek powietrznego płuca po zastósowaniu metody Schultzego, a w r. 1883 umieścił kilka podobnych przypadków (w *Charité Annalen* VIII, I. str. 687). Runge twierdzi, że po wahaniach znalazł wprawdzie mniéj jednostajne rozdzielenie sztucznie wpartego powietrza i jaśniejsze zabarwienie części płuca powietrznego, niż u dziecka, które już oddechało, lecz różnicy téj nawet i wprawne oko nie zawsze zdoła się dopatrzeć. W rozprawie („*D. Stichhaltigkeit d. Lungenprobe*" *Vierteljahrschrift f. ger. Medicin* 1885, I) czyni Runge zadość i wymaganiom Hofmana, któremu ani razu nie udało się po wahaniach znaleść w płucach powietrza; a jakkolwiek nie posądza Hofmana, żeby jego wyniki ujemne miały być następstwem nie dość wprawnie wykonywanych wahań, to jednak nie zdaje mu się od rzeczy zwrócić uwagę na niektóre okoliczności, mogące się przyczynić do uwieńczenia wspomnianéj metody dobrym skutkiem. Radzi więc R. przed każdém doświadczeniem wypchnąć nasadę języka mocno ku przodowi, aby w ten sposób umożliwić lepszy przystęp powietrza do dróg oddechowych. Przypomina daléj o ustaleniu główki dziecka wśród doświadczenia, na co już Schauta zwrócił dawniéj uwagę, a wreszcie ugniecenie palcami klatki piersiowéj ma według niego udaremnić przystęp powietrza. Mimo zachowania wspomnianych ostrożności nie udało się jednak czasem i Rungemu uzyskać powietrzności płuc po wahaniach nawet u płodów donoszonych. Jakkolwiek się do tego przyznaje, nie umie sobie z tych przypadków zdać sprawy.

Pomijając bliższe szczegóły z pracy Rungego ze względu, że są już podane (w Przegl. Lek. Nr. 19, 1882), nadmienić wypada, że zapatrywań tych nie podzielają inni autorowie, którzy z wielką ścisłością starali się dociec prawdy.

Zapewne i najnowsza praca Torgglera („*Über d. Werth d. verschied. Methoden d. künstlichen Athmung bei asphyct. Neugebornen.*" *Wien. Med. Blätter* 1885, Nr. 8—10) nie zamknie szeregu doświadczeń. Materyjał, którym rozporządzał Torggler, był właściwie przeznaczony na inne cele, a wspomnimy tu tylko krótko o przypadkach, mogących mieć znaczenie sądowolekarskie.

W przypadku 2gim i 3cim mówi o dzieciach donoszonych, u których po czterdziestu wahaniach znaleziono przy sekcyi płuco przeważnie powietrzne. Miejsca bezpowietrzne, ciemno-czerwone, zajmowały przeważnie brzegi i części dolne płuc, a po rozdrobnieniu dążyły szybko na dno naczynia napełnionego wodą, gdy tymczasem części powietrzne, żywo jasno czerwono zabarwione, pływały po wodzie.

W przypadku 4tym opisuje dziecko niedonoszone, martwo urodzone, u którego po czterdziestu wahaniach nie znaleziono ani śladu powietrza w płucach.

W przypadku 8ym dziecko urodzone w 2gim stopniu zamartwicy (*asphyxia pallida*), donoszone. Wyczerpnięto bezskutecznie wszystkie znane sposoby cucenia, z wyjątkiem wdmuchiwania powietrza. Po rozdrobnieniu płuca pływał tylko jeden kawałek wielkości grochu.

Mimo najskrupulatniejszego przestrzegania przepisów śród wykonywania wahań nie wiele uzyskał Torggler w niniejszych przypadkach na poparcie twierdzenia Rungego. Owszem, nawet dodatnie wyniki nie mogły go dowodnie przekonać, aby płuca dzieci martwo czy w głębokiéj zamartwicy urodzonych, po zastósowaniu najlepszych sposobów wentylacyjnych, miały się w każdym przypadku napełnić powietrzem i nie różnić się przedewszystkiém pod względem ilości i rozdzielenia tego gazu.

Zobaczmy daléj, co mówią inni autorowie o próbie płucnéj w stosunku do wahań Schultzego.

Schultze sam na wstępie rozprawy („*Über d. Wiederbelebung tief scheintodt geborner Kinder durch künstl. Respirat. mittelst Schwingen*". *Wiener Med. Blätter* Nr. 1—2, 1885), gdzie wyczerpująco są przedstawione korzyści metody wahań, ze względu na opróżnienie dróg oddechowych, wentylacyję płuc i pobudzenie krążenia, zgadza się ze zdaniem, które wypowiedział Hofmann o znaczeniu próby płucnéj. Nie ma się czego obawiać, pisze Schultze, aby przypadkowém ugnieceniem lub rozciąganiem klatki piersiowéj dziecka martwego, — a to są właśnie rękoczyny możebne u potajemnie rodzących, które są najczęściéj przedmiotem dochodzeń sądowych o dzieciobójstwo, — miało się dostać powietrze do płuc niedodmowych. Widać zatém, że sam Schultze osłabia znaczenie sądowolekarskie metody swéj, odnosząc jéj skuteczność ściśle do cucenia noworodków.

(Dokończenie nastąpi).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

Sekcyja lwowska

I. zwyczajne naukowe posiedzenie d. 7 lutego 1885.

Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 22.

Kol. Merunowicz jako przewodniczący zagaja posiedzenie dziękując za zaszczyt i zaufanie, którém go obdarzono, powołując go na prezesa. Oświadcza, że nieobce mu są trudności. jakie godność ta za sobą pociąga; trudności te zaś wypływają ztąd, że we Lwowie nie mamy Wydziału lekarskiego, nie mamy biblijoteki lekarskiéj i nie mamy swojego pisma lekarskiego. Sekcyja więc musi sobie sama starczyć i pomagać, przewodniczący prosi więc przedewszystkiém kolegów w szpitalach pracujących, ażeby doświadczeniami i spostrzeżeniami zbieranemi w szpitalach dzielili się z innymi kolegami. Daléj prosi kolegów, aby opracowywali krytycznie kwestyje ważniejsze i referatami wygłaszanemi na posiedzeniach zaznajamiali wzajemnie członków sekcyi o właściwym stanie kwestyj, których tak jest wiele i z których każda tak obfitą ma literaturę, że nie każdy lekarz, a zwłaszcza praktyk, jest w stanie czytać tak wiele. W ogóle prosi kolegów, aby w pracy i usiłowaniach nad rozwojem sekcyi popierali go skutecznie i ułatwiali mu trudne zadanie. Następnie wyraża żal z powodu straty, jaką sekcyja poniosła przez śmierć kol. Dra Tadeusza Żulińskiego, który, jak wiadomo, był cichym i skromnym, ale niezmordowanym i znakomitym pracownikiem, i wnosi, aby przez powstanie wyrazić żal, — co téż uskuteczniono.

Z porządku dziennego następuje dalsza część odczytu kol. Laskiewicza: „O acetalu i paraldehydzie“, którego treść jest następująca: Prelegent omawia wytwarzanie, użycie i własności paraldehydu i acetalu i przytacza z literatury odnośne doświadczenia różnych badaczy, nawięzując do tego także wynik swych własnych spostrzeżeń nad wartością leczniczą paraldehydu na umysłowo chorych w Zakładzie kulparkowskim poczynionych. Daléj streszcza wskazania, w jakich formach bezsenności tego lub owego leku nasennego używać należy, jakotéż podaje przeciwwskazania dla każdego leku lub grupy leków nasennych. Wreszcie odpowiada na interpelacyje i uwagi kolegów poczynione w sposób następujący: kol. Widmannowi oświadcza, że nie przemawiał za stałém użyciem narkotyków w zapaleniu płuc, lecz zauważył, że małe dawki w téj chorobie, a szczególnie w zapaleniu opłucny, przy wielkiéj bolesności, jakotéż w celu zmniejszenia nader forsownych ruchów respiracyjnych (np. po złamaniu żeber) mogą się okazać potrzebnemi. Że środki te żywotność organizmu zmniejszają, że ruchy serca osłabiają, każdemu lekarzowi wiadomo. Daléj nie może zgodzić się z kol. Widmannem, jakoby wymioty po morfinie niekiedy występujące, zależały zawsze od rozkładu jego, a mianowicie od apomorfinu, albowiem po użyciu nawet bardzo małych dawek morfinu w proszku lub w roczczynie świeżo sporządzonym występują u niektórych chorych wymioty. Zgadza się jednak, że dobrze jest rozczyn morfinu zawsze *ex tempore* zapisywać. Co do amylnitritu, to chociaż, jak kol. Widmann podał, Anglicy używają go z dobrym skutkiem, nawet przy rozszerzeniu aorty, prelegent odradzałby użycia tego środka, gdy się jest pewnym zmian miażdżycowych w naczyniach mózgu i opon. W dodatku do uwag koledze Schaitterowi przez kol. Widmanna poczynionych, oświadcza prelegent, że rzadko przy sekcyjach widział erozyje na błonie śluzowéj żołądka, mimo że chloral w większych dawkach i przez dłuższy czas chorym podawano, jako téż że objawy chorobowe ze strony żołądka po użyciu chloralu rzadko dają się postrzegać. Prelegent nadmienia daléj, że w zapaleniu opon mozgowych (jak w przypadku przez kol. Schaittera przytoczonym) często prócz przekrwienia, wynaczynionek i nadżerków błony śluzowéj żołądka (w skutek gwałtownych wymiotów) spotyka się także przekrwienia i w innych organach (płucach, nerkach, wątrobie itd.), a to w skutek zmian porażennych w naczyniach krwionośnych, jakie często spostrzega się w zapaleniu opon mózgowych lub mózgu (smugi Trousseaua, odleżyny na skórze itp.) Nadżerki na błonie śluzowéj żołądka możeby się dały porównać z odleżynami na skórze, mianowicie w skutek mechanicznego działania pewnych pokarmów na chorobowo zmienioną błonę śluzową. Kol. Piskowi odpowiada, że *hyoscinum hydrojodatum* jest najdzielniejszym środkiem rozszerzającym źrenicę, mocniejszym od atropinu i duboisynu, nasennych własności jednakże nie posiada

Co do używania *Trae opii* lub *Opii puri*, nie zaś alkaloidu makowca, oświadcza prelegent, że psychiatrzy, pomimo zdania Rossbacha i Nothnagla, z umysłu używają *Opium purum* lub *Tra opii*, aby osiągnąć skutki wszystkich alkaloidów makowca, nie zaś samego tylko morfinu, którego działanie dosyć różni się od działania makowca. Jako przykład przytacza, że makowiec działa przeciw objawom alkoholizmu, a morfinizm wywołuje podobne objawy. Ponieważ kol. Pisek przypomniał, że przed paru laty czytał w Przeglądzie o chloralu, jako środku korzystnie działającym przeciw wrzodom przewodu pokarmowego (nawet *ulcus rotundum ventriculi*), daléj przeciw wrzodom podudzia, przeto nadmienia prelegent, że wyliczając przeciwwskazania do użycia chloralu, przytoczył wprawdzie sprawy ostre zapalne przewodu pokarmowego i krtani, że jednak przy wrzodach przewłocznych, słabą tendencyję gojenia się okazujących, chloral użyty wywołując przekrwienie, gojenie się przyspieszyć może, tak że nawet we wrzodach dziurawiących żołądek zalecano ten środek. Na wrzody podudzia zaś działa chloral zapewne jako środek dezinfekcyjny. Na uwagi kolegów Ziembickiego i Jany oświadcza zgodnie z kol. Piskiem, że działanie nasenne nadzwyczaj małych, homeopatycznych prawie, dawek morfinu, należy złożyć zapewne na karb wpływów psychicznych, zwłaszcza fantazyi odgrywającéj, jak wiadomo, wielką rolę u kobiet (zwłaszcza histerycznych) i u dzieci. A że przy zasypianiu odgrywa i wyobraźnia wielką rolę, dowodzą doświadczenia hypnotyzowania, magnetyzowania i t. d., które najlepiéj udają się na histeryczkach, daléj wstrzykiwania podskórne z dobrym skutkiem wodą destylowaną i t. p.

Przewodniczący kol. Merunowicz robi uwagi, że prelegent wyliczając przeciwwskazania użycia chloralu nie przytoczył innych chorób, tylko choroby krtani, i nie wspomniał nic o doświadczeniach Owsiannikowa w pracowni Ludwiga z chloralem czynionych, które wykazały, że dawka trująca chloralu tak działa, jak przecięcie rdzenia przedłużonego, to jest, że poraża naczynia, a więc że przyspiesza wytwarzanie się odleżyn zgorzelinowych. Daléj robi przewodniczący uwagę, że Langreiter z Daldorfu pod Berlinem, zdając sprawę z tamtejszego zakładu dla obłąkanych, przemawia raczéj za używaniem paraldehydu i acetalu niż chloralu, albowiem paraldehyd i acetal wieczorem podawany wywołuje sen 90 razy na 100, a w dzień podawany sprawia skutek pożądany 60 razy na 100, a więc skutek znakomity i pewny; tymczasem prelegent nie wysnuł takich wniosków ale raczéj wprost przeciwne, bo za chloralem przemawiające — a przeciw paraldehydowi i jego użyciu, według przytoczonego zaś autora przeciw używaniu paraldehydu i acetalu przemawia chyba tylko ich przykry smak.

Kol. Laskiewicz powołując się na to, co już pierwéj przytoczył, oświadcza, że chloralowi wielkiego wpływu na powstawanie odleżyn przypisać nie można, albowiem w przypadkach porażenia mózgowego, szczególnie zaś rdzeniowego, odleżyny zawsze prawie po dłuższém trwaniu choroby wtedy się rozwijają, gdy porażenie dochodzi wyższego stopnia, i gdy ośrodki nerwów naczynioruchowych sprawą chorobową są zajęte, chociaż chorzy chloralu wcale nie zażywali. Porażenie więc mniejsze lub większe wymienionego ośrodka i ciągłe zanieczyszczanie się chorych wpływa na powstawanie odleżyn i przejście ich w zgorzel, nie zaś użycie chloralu. Prelegent widział w Zakładzie Kulparkowskim, że przy dobrém odżywianiu, stósownem układaniu chorych, częstém użyciu kąpieli nasiadowych, czystości, środkach dezinfekcyjnych miejscowych i ogólnych, nawet przy ciągłém używaniu dosyć znacznych dawek chloralu i rozległe odleżyny goiły się; co się jednak bardzo rzadko wydarza.

Następuje z porządku dziennego odczyt kol. Piska o leczeniu duru brzusznego. Ponieważ odczyt ten będzie w całości ogłoszony w Przeglądzie Lek., przeto przytacza się w streszczeniu tyle tylko, ile do zrozumienia dyskusyi jest potrzebném. Na początku omawia prelegent historyję leczenia tyfusu, wykazując, że tak kalomel jak i jod już po kilkakroć jako nowe środki swoiste przeciw tyfusowi zachwalano. Opisawszy dziś używane metody leczenia przechodzi prelegent do kry-

tycznéj oceny metody jodowéj, zalecanéj przez Dra Jeleńskiego (w pracy niedawno w Przeglądzie Lek. ogłoszonéj). Po kolei zastanawia się nad argumentami przez Dra J. na poparcie tego sposobu leczenia przytoczonemi, rozbiera historyje chorób wykazując, że sposób ten nie jest ściśle odrębném postępowaniem, lecz mającém wiele wspólnego z antipyrezą powszechnie używaną, wykazuje niepewność statystyki na takiéj metodzie opartéj, i przytacza względy teoretyczne i praktyczne, przemawiające przeciw metodzie jodowéj, a na korzyść dotychczas używanych sposobów leczniczych. Prelegent zwraca uwagę na piękną pracę Dra Jeleńskiego, która mu dała powód do wystąpienia w kwestyi leczenia tyfusu, bo praca ta zasługuje na poważną ocenę ze strony kolegów.

Dyskusyję odroczono do następnego posiedzenia, kol. Widmann tylko zauważył, że prelegent wyliczając nowsze sposoby leczenia tyfusu brzusznego przeoczył metodę leczniczą zalecaną przez pewnego lekarza rosyjskiego, który radzi trzymać chorego w chłodnym pokoju i robić nacierania suche całego ciała.

Dr. Wiktor.

VI. O trądzie.

Wykład prof. Mikulicza,
miany w Tow. lek krak. dnia 18 lutego 1885.
(Według stenogramu).

Panowie! Przedewszystkiém wytłumaczyć się muszę, dlaczego zabieram głos w sprawie nie dotykającéj bezpośrednio przedmiotu, którym się zajmuję. Skłaniają mnie do tego spostrzeżenia poczynione podczas zeszłorocznéj mojéj podróży do Norwegii, gdzie miałem sposobność z blizka przypatrzyć się téj u nas nie znanéj chorobie. W Bergen mianowicie zwiedziłem zakłady przeznaczone wyłącznie dla trędowatych, zakładów takich jest kilka w tym kraju a w nich nastręcza się sposobność dokładnego badania różnorodnych postaci trądu. Etyjologija téj choroby przedstawia pewne ciekawe strony; badania przedsiębrane w ostatnich czasach wykazały, że trąd stoi bardzo blisko chorób aż nadto dobrze znanych u nas, mianowicie kiły i gruźlicy; dla tego nie od rzeczy będzie zastanowić się nieco nad tém, co dzisiaj wiemy o istocie jego.

Nie mogę zajmować uwagi Panów omawianiem obszerném klinicznych objawów trądu, objawy te zlekka tylko naszkicuję. Trąd, jak wiadomo, jest sprawą zapalną z wielce chronicznym przebiegiem, lokalizującą się głównie w dwóch organach: w skórze i w nerwach. Dwie są przeto główne postacie téj choroby: 1. trąd skórny (*lepra cutanea*) i 2. trąd nerwów (*l. nervorum Virchow*); pierwszą postać nazywają także *l. tuberculosa, tuberosa, nodosa*, cechuje się ona naciekami w skórze podobnemi do guzów, rozmiaru grochu i większych. Pojawienie się tych guzów wyprzedza okres zwiastunowy, trwający rok lub nawet dłużéj; w okresie tym występują objawy nie wybitne, połączone ze stanem gorączkowym. Okres występowania choroby (*st. eruptionis*) rozpoczyna się wśród ukazywania się plam na skórze twarzy lub odnóg, z których się zwolna wytwarzają owe nacieki o konsystencyi twardéj, chrząstkowatéj, barwy sino- lub brunatno-czerwonéj. Oprócz skóry twarzy i odnóg, gdzie trąd najczęściéj występuje, bywają zajęte niekiedy i błona śluzowa w jamie ustnéj, nosowéj i krtani. Zmiany te nie pojawiają się nigdy na skórze głowy wlosami porosłéj i na żołędzi prącia, wręcz przeciwnie jak w kile, która z upodobaniem tego miejsca się czepia. Guzy powstające w skórze odznaczają się z początku przeczulicą, późniéj znieczuleniem; szerzą się zlewając z naciekami sąsiedniemi, zajmują coraz to większe przestrzenie skóry, wreszcie wszystko zamienia się w jednolitą masę twardą. Masa ta na kształt skorupy obejmuje czasem większą część twarzy. Sprawa w tym okresie ma jakieś podobieństwo do *rhinoscleroma*. Jeżeli zajmuje spojówkę i rogówkę, może przyjść do przebicia rogówki, owrzodzeń bez tendencyi do zagojenia i kończy się zniszczeniem całéj gałki ocznéj. Na błonach śluzowych jamy ust, przełyku i krtani ma doniosłe znaczenie, raz z powodu upośledzenia czynności tych narządów, powtóre z powodu sprowadzania cieśni krtaniowéj i zagrażania tym sposobem wprost życiu chorego.

Guzy w skórze istnieć mogą lat kilka bez występowania nacieków opisanych. Nie przychodzi do owrzodzeń dobrowolnych; jeżeli się widzi otarcia lub powierzchowne wrzody na guzach w twarzy lub rękach, powstanie ich należy położyć na karb zewnętrznych mechanicznych przyczyn. Nacieki guzowate w skórze znikają czasem a pozostają czasem po nich blizny brunatno zabarwione; zazwyczaj jednak następuje opisane powyżéj zlewanie się nacieków, które daje powód do znacznych zniekształtnień. Zniekształtnienia te w niektórych miejscach, np. w nosie, gdzie następuje zupełne zniszczenie chrząstek i utrata nosa, bardzo bywają podobne do wywołanych przez kiłę. Z tkanin gruczołowych ulegają sprawie chorobowéj gruczoły podszczękowe; prawie zawsze i jądra są zajęte i późniéj ulegają zanikowi. Narządy wewnętrzne nie bywają siedliskiem zmian trądowi właściwych; w związku z tém stoi okoliczność, że stan ogólny tych chorych bywa względnie prawidłowy a nacieki w skórze podobne do nowotworowych mają znaczenie tylko miejscowe. Ośrodki nerwowe omija również sprawa trądowa, stan umysłowy tych chorych jest zupełnie prawidłowy, jakkolwiek, zwłaszcza w późniejszych okresach, mają oni wejrzenie głupkowate z powodu zmian na twarzy.

Drugą postacią trądu skórnego jest t. zw. trąd plamisty, *lepra maculosa*. Zmiany polegają na tworzeniu się na skórze plam czerwono brunatnych, szerzących się w obwodzie a ustępujących w środku, gdzie powstaje blizna barwna. Co do téj postaci trądu zdania autorów są podzielone. Hansen, główny badacz trądu, twierdzi że *l. maculosa* jest pierwotną chorobą skóry. Inni zaś autorowie uważają te zmiany skóry za troficzne, w następstwie pierwotnych zmian w pniach nerwowych, a zatém jako następstwo drugiéj głównéj formy téj choroby, t. j. *lepra nervorum*. Postać trądu nerwowa, dawniéj nazywana *lepra anaesthetica*, jest zapaleniem nerwów przewlekłém. W początku choroby powstają bóle podobne do gośćcowych, stan gorączkowy, a nerwy zajęte sprawą chorobową można przez skórę wyczuć jako postronki twarde, bolesne. W tym okresie istnieje znaczna przeczulica, późniéj występuje znieczulenie i rozległe porażenie odpowiednich mięśni. Chorzy ci znajdują się ostatecznie w znacznie opłakańszém położeniu aniżeli dotknięci trądem skórnym, u nich bowiem rozległe porażenia upośledzają a późniéj znoszą zupełnie możność zajmowania się czémkolwiek, możność chodzenia a i funkcyje wegetatywne bywają w skutek tych porażeń znacznie upośledzone. Ci chorzy stanowią znaczny kontyngens zakładów w Norwegii nie jako przedmioty leczenia, lecz tylko jako przedmiot troskliwéj opieki i miłosierdzia Na tle zmian w nerwach występują zmiany troficzne w skórze, owrzodzenia uporczywe, jakoteż głębsze zapalenie tkanki podskórnéj. Jako typiczne zmiany tego rodzaju trzeba uważać objawy, dawniéj jako osobne formy trądu uważane: *lepra bullosa* lub *pemphigus leprosus*,

i *lepra mutilans*, która to ostatnia przedstawia zmiany najciekawsze. Na palcach rąk np. wywołuje owrzodzenia głębokie, prowadzące do utraty falang palców, całych palców a nawet części rąk, tak jak to bywa po odmrożeniu. Często dosyć napotyka się postacie mięszane tej choroby, to jednak zauważyć można, że w pewnych okolicach lub krajach przeważa pewna postać tej choroby, tak np. w Norwegii napotyka się najczęściéj trąd guzowaty, w Indyjach trąd znieczulający.

O przebiegu i rokowaniu w trądzie tyle można powiedzieć, że pierwszy jest nader przewlekły i kończy się zawsze śmiercią. Przypadek wyleczenia trędowatego nie jest znany; trafnie jednak spostrzeżono, że w krajach, gdzie trąd od niedawna istnieje, miewa on przebieg krótszy, przeciwnie ma się rzecz, jeżeli dawniéj istnieje. W Norwegii np., gdzie trąd panuje już od wieków, przebieg od pierwszych objawów aż do śmierci chorego trwa 15 do 25 lat, na wyspach Sandwich, dokąd się dostał dopiero w ostatnim dziesiątku lat, tylko 3—5 lat. Śmierć nie następuje bezpośrednio w skutek saméj sprawy chorobowéj, najczęściéj z powodu innych chorób przyłączających się, jak w skutek suchot płuc, zapalenia przewlekłego nerek, długotrwałéj biegunki, które kładą kres długoletnim męczarniom tych pożałowania godnych chorych, jeżeli wcześniéj nie ulegli pośrednim następstwom choroby, np. w skutek zwężenia krtani lub przedwczesnego wiądu. W Indyjach nastaje śmierć z takich pośrednich następstw trądu w 38% wszystkich przypadków według obliczenia Hillisa.

Badanie anatomiczne tworów powstających na tle trądu wykazało, że nacieki tak w skórze jakotéż w nerwach składają się z komórek okrągłych w przecięciu rozmiarów białych ciałek krwi. Oprócz tych komórek widać zawsze i komórki znacznie większe, bo 2 lub 3 i więcéj razy większe niż białe ciałka krwi. Te wielkie komórki mają znaczenie z tego powodu, że w ich wnętrzu napotyka się przedewszystkiém prątki stanowiące przyrzut trądu. Prątki te wykrył już w roku 1872 Armauer Hansen, zbadał je dokładniéj i opisał Neisser we Wrocławiu w r. 1879. Bez względu na okolicę ciała i tkankę, wśród któréj nacieki się rozwijają, przedstawiają komórki tych nacieków te same właściwości. Prątki trądowe są bardzo podobne do gruźliczych, w takim stopniu, że w niektórych preparatach prawie nie podobna odróżnić je od siebie; są to laseczki cieniutkie mające długości $^1/_4$ lub $^1/_4$ średnicy ciałka krwi czerwonego. Zazwyczaj zawierają zarodniki, czasem dwa lub więcéj. Jest jednak pewna własność, którą różnią się od wszelkich innych podobnych prątków, a tą jest przedewszystkiém ich ruchliwość w stanie wolnym. Ta ich własność posłużyła Hansenowi do ich wykrycia w Bergen i to już wtedy, gdy metody ulepszone, polegające na barwieniu, nie były jeszcze znane. Według metod Kocha i Weigerta zbadał je dopiero Neisser. I względem barwików zachowują się one nieco odmiennie od prątków gruźliczych, odmienne również jest ich zachowanie względem komórek. Owe duże komórki są zazwyczaj wypełnione tak znaczną ilością prątków, iż je nawet odróżnić trudno, czasem można je widzieć ułożone w snopki albo wiązki, podobnie jak prątki gruźlicze. Wykazać je można we wszystkich narządach, a nawet we krwi spostrzegł je Köbner, tak jak Weichselbaum prątki gruźlicze we krwi osób dotkniętych gruźlicą ostrą. Mimo różnic między prątkami trądu a prątkami kiłowemi nie da się zaprzeczyć, że istnieje wielkie pokrewieństwo między niemi a niemniéj i temi, które wykrył w *rhinoscleroma* Frisch przed paru laty. I pręciki, niedawno wykryte w kile przez Lustgartena w Wiedniu, zdają się być im pokrewne. Z tego wynika, że chociażby nawet zaraźliwość trądu nie była znaną od wieków i chociażby jéj nie zdołano stwierdzić w poszczególnych przypadkach, już przez analogiję z innemi sprawami tego rodzaju a mianowicie z kiłą i gruźlicą należy przypuścić zaraźliwość téj zmiany chorobowéj. Że szczepienie na zwierzętach przedsiębrane przez Hansena i Neissera nie odniosły rezultatu, tak jak to się udało po szczepieniu gruźlicy, to jeszcze niczego nie dowodzi, bo przecież i kiły nie udało się dotąd zaszczepić zwierzęciu a zaraźliwości kiły nikt zapewne nie poda w wątpliwość. Zwierzęta bowiem do trądu tak mało są skłonne jak do kiły. Hansen starał się szczczepić trąd ludziom, zanim jednak zdołał dojść do pewnego rezultatu, rząd norwegski wytoczył mu za to proces i usunął go ze stanowiska dotąd zajmowanego w zakladzie dla trędowatych w Bergen. Czyste hodowle *(Reinculturen)* prątka trądowego otrzymali Neisser i Hansen na gelatynie.

W etyjologii trądu wywiera płeć i wiek tylko nie wielki wpływ. Częściéj się zdarza u mężczyzn aniżeli u kobiet, a nie wykazano dotąd żadnego wpływu dziedziczności. Zmiany właściwe trądowi pojawiają się najczęściéj po 20 roku życia, rzadziéj pomiędzy 10 a 20, nader rzadko jeszcze wcześniéj a u noworodków trąd nigdy nie występuje. Okoliczność ta, jak niemniéj to, że okres wylęgania trwa bardzo długo, utrudniają nadzwyczaj zbadanie etyjologii téj choroby. Prawdopodobnie zachodzą tutaj podobne stosunki jak w gruźlicy: główną rolę gra infekcyja, potrzeba jednak pewnego usposobienia osobniczego. Na czém ono polega, nie wiadomo. Historyja trądu, jego występowanie i znikanie w Europie w wiekach średnich, przemawiają stanowczo za zaraźliwością. Starożytni żydzi i egipcyjanie oddzielali już trędowatych od reszty społeczeństwa. Trąd pojawił się w starożytnéj Grecyi i w Italii około narodzenia Chrystusa; późniéj zwolna rozszerzył się po sąsiednich krajach a w skutek wypraw krzyżowych ogarnął całą Europę dostawszy się tutaj wprost ze wschodu. Taki stan rzeczy był w wieku 12 i 13ym; liczono wówczas 19.000 zakładów do pielęgnowania trędowatych a zakon św. Łazarza miał sobie poruczone pielęgnowanie tych chorych. Z końcem 16 wieku zaczął trąd znikać w Europie a miejsce jego zajęła kiła. Bez wątpienia znikanie trądu położyć należy na karb ostrych środków, które zastosowano, a mianowicie oddzielenie chorych od reszty ludzi. Do Ameryki dostał się trąd, a nabytek ten zawdzięcza nowoodkryta część świata portugalczykom i innym kolonizatorom. Z całéj Europy obecnie tylko w okolicy Bergen w Norwegii jest trąd tak częstym, jak w niektórych pozaeuropejskich krajach, jak np. w Chinach, Indyjach wschodnich i Brazylii; w innych krajach europejskich, jak w Hiszpanii i w Turcyi, panuje w małym tylko stopniu.

Pouczającym jest rozwój epidemii trądu na wyspach Sandwich. Do roku 1859 nie było tam ani jednego trędowatego. W tym roku przywieźli trąd dwaj chińczycy, odtąd zaczął się tak szerzyć, że w roku 1881, a więc w lat 22, 10% ludności tych wysp było dotkniętych trądem. Fakt ten niewątpliwie dowodzi zaraźliwości trądu.

Jak skutecznem jest odosobnienie chorych, świadczy statystyka zebrana w Norwegii w ostatnich dziesiątkach lat. W kraju tym pozostają trędowaci pod szczególniejszą opieką rządu, który za pomocą osobnéj komisyi stara się o sporządzenie dokładnego wykazu trędowatych. Komisyja skła-

da się z lekarza naczelnego i kilku podwładnych, którzy objeżdżają dotknięte okręgi, od czasu do czasu dowiadują się o trędowatych, pośrednicząc równocześnie w przenoszeniu odpowiednich przypadków do zakładów. Chorzy ze zmianami w okresach początkowych pozostają przez lat kilka przy rodzinie, dopiero w późniejszych okresach albo gdy występują owrzodzenia, więc gdy niebezpieczeństwo zarażenia innych zagraża, przenosi ich się do zakładów, których jest 3 w Bergen, a po jednym w Molde i w Drontheim. W tych zakładach liczba trędowatych wynosi obecnie 553 osób.

W roku 1856 było w Norwegii trędowatych 2871, w roku 1882 liczba ich była już o połowę prawie mniejszą, bo tylko 1443. Jak wspomniano, w zakładach tych podrzędną rolę gra leczenie, wszystkie środki doświadczone okazały się bezskutecznemi, to też zaniechano obecnie wszelkich prób i nieużytecznego męczenia chorych. Zadaniem lekarzy w tych zakładach jest niesienie ulgi symptomatycznie, głównie rozchodzi się tutaj o pielęgnowanie i leczenie przypadkowych chorób. Litość i podziw zarazem budzi widok tych nieszczęśliwych, którzy pomimo kalectw rwą się chętnie do pracy, aby nie oddać się zupełnemu próżniactwu. Kobiety z pokrzywionemi i sztywnemi palcami przędą, szyją a zwłaszcza tkają sita rybackie. Jedném słowem opłakany jest los tych ludzi a nam cieszyć się wypada, że obok innych klęsk różnego rodzaju nie znamy przynajmniéj klęski trądu.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie statystyczno-naukowe ruchu chorych w oddziale chorób wewnętrznych I, lit. A, za rok 1883 w szpitalu św Łazarza w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

II. Zapalenie płuc.

Przypadków zapalenia płuc było 135; z liczby téj przypada 96 na mężczyzn a 39 na kobiety. Miesięczny przybytek chorych jakotéż śmiertelność przedstawiały się jak następuje:

	przybyło m.	k.	=	a umarło m.	k.	=
w styczniu	14	10	24	2	4	6
w lutym	8	8	16	1	1	2
w marcu	9	3	12	4	1	5
w kwietniu	10	8	18	4	2	6
w maju	17	3	20	1	—	1
w czerwcu	6	3	9	1	3	4
w lipcu	6	—	6	—	—	—
w sierpniu	4	3	7	1	—	1
we wrześniu	4	—	4	—	—	—
w październiku	7	—	7	3	—	3
w listopadzie	4	1	5	2	—	2
w grudniu	7	—	7	—	—	—
Razem przybyło	96	39	135	19	11	30

Opuściło przeto zakład wyleczonych 77 mężczyzn, 28 kobiet=105, czyli biorąc procentowo było wyleczonych 77·77 %, a umarło 22·23%.

III. Zapalenie opłucny.

Przypadków zapalenia opłucny było 54, z tego przypada 39 na mężczyzn a 15 kobiet; z tych opuściło zakład:

	m.	k.	=	czyli
wyleczonych	30	11	41	75·93%
z polepszeniem	3	—	3	5·55%
umarło	6	4	10	18·52%

Powikłania były 3 razy z zapaleniem miąższowém nerek, 2 razy z wadą sercową, 4 razy z gruźlicą płuc, a 3 razy z reumatyzmem stawowym. Co do umiejscowienia zapalenia opłucny to na wszystkich 54 przypadków było 30 razy po stronie prawéj, 21 razy po stronie lewéj i 3 razy obustronnie.

IV. Zap. gośćcowe stawów.

Przypadków gośćca stawowego było 37, z tego 15 mężczyzn a 22 kobiet.

Przybytek i ubytek chorych miesięczny był następujący:

	przybyło m.	k.	=	wyszło wyl. m.	k.	=
w styczniu	1	6	7	1	4	5
w lutym	2	3	5	1	1	2
w marcu	—	—	—	1	2	3
w kwietniu	1	—	1	1	1	2
w maju	1	3	4	1	2	3
w czerwcu	1	3	4	—	3	3
w lipcu	2	—	2	2	1	3
w sierpniu	2	3	5	2	2	4
we wrześniu	1	1	2	2	2	4
w październiku	1	—	1	—	—	—
w listopadzie	—	1	1	1	—	1
w grudniu	3	2	5	3	3	6
Razem przybyło	15	22	37	15	21	36

Z 36 opuszczających zakład wyszło 11 mężczyzn zupełnie wyleczonych a 4 mężczyzn z polepszeniem, 15 kobiet zupełnie wyleczonych a 6 kobiet z polepszeniem; na 37 przypadków było w jednym przypadku zejście śmiertelne a sekcyja wykazała jako przyczynę śmierci *endocarditis ulcerosa acuta*. Powikłania, jakie w téj chorobie obserwowano, były następujące 3 przypadki powikłane z zapaleniem śród- i osierdzia, 8 przypadków z zapaleniem śródsierdzia, 5 z zapaleniem osierdzia, 2 przypadki ze zapaleniem opłucny.

V. Nieżyt żołądka i jelit.

Przypadków chorób przewodu pokarmowego było 58, z tych 33 mężczyzn a 25 kobiet.

Przybytek i ubytek chorych miesięczny był następujący:

	przybyło m.	k.	=	ubyło m.	k.	=
w styczniu	2	3	5	2	1	3
w lutym	5	3	8	3	1	4
w marcu	3	3	6	1	5	6
w kwietniu	1	1	2	2	2	4
w maju	3	4	7	1	3	4
w czerwcu	5	5	10	5	5	10
w lipcu	5	1	6	2	1	3
w sierpniu	3	2	5	2	—	2
we wrześniu	1	—	1	2	1	3
w październiku	2	2	4	2	1	3
w listopadzie	2	—	2	2	1	3
w grudniu	1	1	2	2	—	2
Razem przybyło	33	25	58	26	21	47

Neuralgia nervi trigemini dextri (*rami infraorbitalis*) *intercurrente typho abdominali.*

W końcu pozwolę sobie streścić jeden przypadek nerwobólu nerwu podoczodołowego prawego, bardzo długo trwającego i bardzo uporczywego, leczonego na oddziale I A., z wynikiem bardzo dobrym. Dnia 14 września 1883 przyjętą została na oddział chora Ł. G., która od lat kilku cierpiała na bardzo uporczywy nerwoból w prawéj połowie twarzy i była w tym przeciągu czasu leczoną wszystkiemi możliwemi środkami w tym celu używanemi. Napady w ciągu ostatnich miesięcy były coraz częstsze a ostatniemi tygodniami ponawiały się nawet kilkakrotnie na dobę, tak, że chora nocy całe bezsennie przepędzała; do powyższego cierpienia przyłączyło się od 2 tygodni uczucie trwogi i lęku; nadto występować miały także drgawki rozpoczynające się od odnóg dolnych i posuwające się stopniowo ku górze. Dnia 14go września 1884 stwierdzono następujący stan obecny: Kobieta około lat 50 liczyć mogąca, dobrze zbudowana, miernie odżywiona; skóra blada o wiotkiéj podściółce tłuszczowéj; policzek prawy lekko obrzękły, zaczerwieniony; przy uciskaniu nerwu podoczodołowego prawego występuje silny nerwoból, ból ten pojawia się także przy rozpoczęciu mówienia, chociażby najciszéj, jakotéż przy najlżejszém poruszeniu głowy. Język mułowato obłożony. Badanie płuc nie wykazuje żadnego zboczenia. Rozmiary stłumienia serca prawidłowe; uderzenie koniuszkowe widzialne i macalne w 5 międzyżebrzu w linii sutkowéj; tony czyste, uderzeń 92 na minutę. Brzuch miernie wzdęty, kiszki miernie kałem wypełnione. Wątroba niepowiększona; śledziona sięga od 9 żebra do łuku żebrowego, przy głębokim wdechu macalna. Stwierdzono bezsenność i silne rozdrażnienie nerwowe. Zalecono tedy na noc łyżkę rozczynu chloralu (5 : 100) jako leku nasennego a nadto rozczynu *Kali bromati* (5:200) 2 łyżki dziennie. Od 15/9 do 19/9 bóle były nieco tylko mniejsze, sen spokojniejszy a twarz cokolwiek wyklęsła; 19/9 zalecono maść weratrynowo-morfinową do wcierania w obszarze zajętego nerwu, lecz że bóle silniéj wystąpiły, przeto 20/9 usunięto tę maść

a zastąpiono ją maścią morfinową. Od 20/9 do 2/10 bóle były naprzemian to nader silne to znów słabsze; 3/10 dostała chora silnych dreszczów i gorączki (39·7) obok silnych bólów głowy, nudności, odbijania i ogólnego niedomagania; w ciągu ostatnich dni w obec gorączki i właściwych innych przypadków stwierdzono dur brzuszny; w ciągu trwania jego, t. j. od 3/10 do 25/10 nerwoból tylko dwa razy pojawił się i to z daleko słabszém nasileniem. Po stwierdzeniu duru brzusznego usunięto *Kali bromatum* a zastosowano leczenie odpowiednie do objawów durzycy. 26/10, napad nerwobólu był bardzo silny; zalecono ponownie maść morfinową do wcierania i 3 proszki morfinowe dziennie *Kali bromati* 2 łyżki dziennie, od 26/10 do 5/11 bóle wciąż się ponawiały i były naprzemian to bardzo silne to znów słabsze, lecz tak częste i tak chorą osłabiające, iż ją namawiać zaczęto do poddania się wycięciu kawałka nerwu. Przed ostatecznėm jednakże zadecydowaniem operacyi postanowiono jeszcze użyć azotanu akonitynowego krystalicznego Duquesnela; 6/11 usunąwszy zatém wszystkie inne leki przepisano: *Rp. Aconitini nitrici crystall. Duquesnel. 0·005 Pulv. et extr. gent. āā q. s. f. pill. Nr. XX, S.* 4 do 8 pigułek dziennie i zalecono na początek używać tylko 4 razy dnia po jednéj pigułce; 7/11 ponowił się napad nieco słabszy; od 7/11 do 11/11 nie było wcale napadu; 12/11 pojawił się nieznaczny ból kłujący w prawéj połowie twarzy potęgujący się za uciśnięciem nerwu; 13/11 wystąpiły przypady lekkiego zatrucia akonitynem (uczucie kurczowego ściągania w mięśniach twarzy a przeważnie koło ust i oczu i kłucie w języku). Usunięto przeto na 2 dni pigułki. 15/11 przypady zatrucia ustąpiły, polecono przeto daléj pigułki akonitynowe w zwiększonéj dawce, a mianowicie 2 razy dnia po 4 pigułki, t. j. do 2 miligramów dziennie czyli do największéj możebnéj dawki; do 22/11 ordynacyja ta sama, bez występowania objawów zatrucia; bóle twarzy nie pojawiły się więcéj; 23/11 usunięto pigułki a kiedy do 30/11 nerwobóle się nie ponowiły, wypuszczono chorą jako wyleczoną z tém nadmienieniem, aby jeszcze w tym roku, t. j. do końca grudnia, zgłosiła się, gdyby się bóle ponowiły; rekonwalescentka nie zgłosiła się, nie ma zatém najmniejszéj wątpliwości, że cierpienie powyższe zupełnie ustąpiło; w tym przeto przypadku działanie azotanu akonitynu krystalicznego Duquesnela uwieńczone zostało bardzo dobrym skutkiem. *Dr. Balicki.*

Liczba uczniów medycyny w uniwersytetach austryjackich, niemieckich i francuskich w roku bieżącym wynosi: w Paryżu 4.544, w Wiedniu 2.455, w Berlinie 924, w Monachijum 889, w Würzburgu 744, w Lipsku 608, w Pradze w Wydziale czeskim 598, w Gryfii 450, we Wrocławiu 421, w Pradze w Wydz. niem. 415, w Fryburgu 380, w Krakowie 343, w Gracu 307, w Bonnie 289, w Hali 282, w Heidelbergu i Królewcu po 267, w Lyonie 249, w Tübindze 224, w Bordeaux 213, w Marburgu 210, w Strasburgu 191, w Getyndze 189, w Erlandze 188, w Kielu 175, w Montpellier 168, w Jenie 162, w Insbruku 150, w Giessen 148, w Lille 118, w Nancy 84, w Rostoku 71.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 8—14 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 36,6. Z odry umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 1 płonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 1—7 marca ospa w Londynie złagodniała. Umarło 16, leczyło się w szpitalach 1083, świeżo zapadło 113. Z ospy umarło w Warszawie, Genewie, Birmingham, Pradze i Aleksandryi po 1, w Bazylei, Liwerpolu, Manchester po 2, w Petersburgu 3, w Paryżu i Odesie po 5, w Wenecyi 6, w Rzymie 7, w Tryjeście 9, w Wiedniu 16. Z duru osutkowego umarło po 1 w Warszawie i Petersburgu. W Kalkucie umarło z cholery od 11—17 stycznia 15, w Bombayu (od 25—31 stycznia) 3, w Madrasie (od 24—30 stycznia) 16.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 1—7 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 35,8; w Warszawie 28,3; w Poznaniu 27,5; w Wiedniu 33,4; w Pradze 31,9; w Tryjeście 32,2; w Berlinie 24,1; w Wrocławiu 29,3; w Hamburgu 22,3; w Gdańsku 28,8; w Mnichowie 34,1; w Dreźnie 26,9; w Lipsku 23,4; w Bazylei 23,4; w Brukseli 32,4; w Amsterdamie 27,9; w Hadze 32,1; w Paryżu 25,6; w Londynie 19,1; w Kopenhadze 24,7; w Stokholmie 34,2; w Chrystyjanii 24,8; w Petersburgu 33,9; w Odesie 31,6; w Rzymie 29,5; w Wenecyi 34,3; w Bukareszcie 28,9; w Aleksandryi 47,0; w Nowym Yorku 29,8; w Filadelfii 24,6; w Bombayu 26,2; w Madrasie 53,4. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 117.258 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W X tygodniu od 1—7 marca rb. zmarło 98 osób, co odpowiada na rok i 1,000 m. 43,5. W tym czasie zmarło 12 osób z ospy, 2 z błonicy, 1 z dławca, 1 z krztuśca, 2 z duru brzusznego.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 kwietnia. Z listu prywatnego, otrzymanego od kol. prof. Mikulicza, wyjmujemy ustęp, odnoszący się do zakładów uniwersyteckich w Budapeszcie i Gracu.

„Zachwycony byłem zakładami w Peszcie i nie żałuję, że tam trzy dni zabawiłem. Oprócz klinik uniwersyteckich, urządzonych ogromnym kosztem, zwiedziłem nowy szpital dla dzieci, prześliczny i wzorowy, nowy szpital miejski o sześciu dużych pawilonach i nowy szpital Krzyża czerwonego, przeznaczony i urządzony już na 800(!) rannych i chorych w razie wojny. Rzeczywiście zazdrościć musimy kolegom węgierskim, bo tam kroćie dostają na jeden zakład, podczas gdy u nas nie ma tyle na wszystkie zakłady. W Gracu zakłady dla przedmiotów teoretycznych są ładne i obok praskich niezawodnie najlepsze w całéj Austryi; kliniki zaś nędzne, chociaż zawsze jeszcze idealne w porównaniu z naszemi. Inżynijer p. Sare bada zakłady w Wiedniu, a zjadę się z nim w Monachijum.“

W Budapeszcie przyjęto prof. Mikulicza w sposób nadzwyczaj serdeczny; przy oglądaniu zakładów towarzyszył mu ciągle jeden z profesorów lub asystentów. Przy wejściu na wykład prof. Lumniczera studenci przywitali gościa głośném „eljen,“ następnie podejmowano go ucztą, przedstawiono mu przypadki leczone z dobrym skutkiem według jego metody itd.

* Otrzymaliśmy Sprawozdanie fizykatu stoł. król. m. Krakowa za r. 1883, ułożone przez fizyka miejskiego Dra Buszka. Jestto spory i pokaźny tom, który już z tego powodu stanąć może godnie obok podobnych sprawozdań, ogłoszonych przez fizyków miast pierwszorzędnych europejskich, a ponieważ w Krakowie po raz pierwszy sprawozdanie podobne pojawia się, pomówimy o niém nieco obszerniéj w jednym z następnych numerów.

Równocześnie doszło nas XII Sprawozdanie Komitetu Tow. Opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie za r. 1884 (w 8ce str. 35). W roku tym Towarzystwo liczyło członków 132, dochód wynosił 17.645 zła. a rozchód 15.269 zła. Leczono dzieci 894, z których uleczono 502, zmarło 237, nieuleczonych 155.—Z końcem roku ustąpił z posady pierwszego sekundaryjusza Dr. Rosenblatt i otrzymał podziękowanie za gorliwe i wzorowe pełnienie obowiązków; miejsce jego zajął Dr. Stanisław Koy, a drugim sekundaryjuszem zamianowano Dra Januszkiewicza.

Wilno. Towarzystwo lekarskie obchodzić będzie temi dniami rzadką uroczystość, bo 50-letni jubileusz najstarszego swego członka Dra Karola Gehlinga. Dr. G. liczy lat 82, jest lekarzem od lat 62, był uczniem uniwersytetu moskiewskiego i kolegą Pirogowa, aż do r. 1842, to jest aż do zamknięcia akademii lekarskiéj wileńskiéj był w téj szkole inspektorem młodzieży.

* **Praga czeska.** Założyciele nowego czasopisma lekarskiego czeskiego „Sbornik pro vědu lekařskou“ wybrali redaktorami tego pisma prof. Hlavę i doc. Thomayera, a członkami komitetu skarbowego proff. Maixnera, Janovskiego i Schöbla.

* **Wiedeń.** Prof. Auspitz w skutek zlecenia Rządu udał się do Dalmacyi, celem badania istoty i szerzenia się niemocy iliryjskiéj (*Scherljevo*).

Do komisyi, mającéj roztrząsać kwalifikacyje lekarzy wojskowych z powodu zbliżającego się awansu majowego, a obradującéj pod przewodnictwem szefa sekcyi jenerała Merkla, powołany został i nasz rodak Dr. Konstanty Heumann, krakowianin i wychowaniec naszego uniwersytetu, obecnie starszy lekarz sztabowy 1éj kl. i szef sanitarny w Budapeszcie.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Petersburg.** W uniwersytecie otrzymali *veniam legendi* z histologii Dr. Kulczycki a z syfilidologii Dr. Poraj Koszyc, w Akademii zaś lekarskiéj habilitowali się Dr. Rosenbach dla chorób nerwowych, Dr.

Schapiro dla chorób wewnętrznych a Dr. Jerofejew dla chorób ocznych.

* **Wiadomości osobowe.** Lekarzami starszymi w rezerwie mianowani zostali Drowie Witalis Majewski we Lwowie i Adam Sołowij przy 6ym pułku dragonów.

* **Nekrologija.** W Rzymie umarł Dr. Piotr Ripari w 83 roku życia; był on najstarszym z tysiąca, który wyruszył w r. 1860 pod wodzą Garibaldego na wyprawę sycylijską, a zarazem lekarz naczelny téj wyprawy. — W N. Yorku umarł Dr. Ludwik Elsberg, znany laryngolog, w Berlinie tajny radzca lekarski Dr. Housselle, członek deputacyi umiejętnéj i prezes komisyi egzaminacyjnéj dla lekarzy i aptekarzy, w Hamburgu Dr. Leisrink.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 12: Dobrzyckiego: Sławuta, zakład kumysowy i stacyja leśna (c. d.); Jaworskiego: O nowoczesném leczeniu zboczeń czynnościowych żołądka. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 12: Minkiewicza: Choroby dróg oddechowych; Schellera: Zastosowanie kokainy w dentystyce.

W *Medycynie* Nr. 13: Dobrzyckiego: Slawuta zakład kumysowy i stacyja leśna (dok.); Jaworskiego: O nowoczesném leczeniu zboczeń czynnościowych żołądka (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 13: Dunina: O przyczynie zapaleń ropnych i zakrzepów żył w przebiegu tyfusu brzusznego; Minkiewicza: Choroby dróg oddechowych (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. PAWIŃSKI: Przyczynek do rozpoznawania tętniaków aorty brzusznéj. (Odbitka z „Gazety Lek.") Warszawa 1885, in 8vo str. 10.

Dr. OBRZUT: Prof. Spina's neue Färbungsmethode der Fäulnissmikroorganismen u. ihre Beziehung zu d. Tuberkelbacillen. (Osobne odbicie z „D. med. Woch." 1885) in 8vo str. 3.

Antwort des Gerichtsarztes Dr. Doll auf die Gegenschrift des Hrn. Prof. Albert in causa Spitzer. Wien 1885, in 8vo str. 18.

Zpráva o zdravotních poměrech a činnosti městského fysikátu v Praze za rok 1883, napsal městský fysik Dr. Pelc, V Praze 1884, in 8vo str. 119, XXXIX i 6 tabl.

Zpráva o činnosti zdravotní Rady městské v roce 1883, napsali prof. Janovský, docent Dr. M. Popper a městký fysik Dr. Pelc, v Praze 1884, in 8vo str. 83 z planem Pragi.

To samo i w osobném wydaniu po niemiecku.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 8 b. m. o godz. 6éj w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. Prus mówić będzie o zachowaniu się tkanki mózgowéj pod wpływem ogniska śródczaszkowego, i wykład swój objaśni odpowiedniemi preparatami drobnowidowemi.

Sprostowanie. W Nr. 13 na str. 179, pierwsza szpalta, 5ty wiersz od góry, zamiast „przeszło 16cm." winno być „przeszło 10mm."

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 134[D]

Ogłoszenie konkursu.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 6 marca rb. l. 11622, rozpisuje się konkurs na posady dwóch asystentów lekarskich przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie na lat dwa, które przy zadawalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.

Do posady Asystenta lekarskiego przywiązana jest płaca 500 złr. rocznie bez żadnego dodatku.

Ubiegający się kandydaci do tych posad powinni wykazać

1. Wiek, stan i miejsce urodzenia.
2. Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.
3. Stopień Dra medycyny lub wszech nauk lekarskich uzyskany na jednéj z Wszechnic Państwa austryjackiego.

Podania wnosić można do końca miesiąca Kwietnia rb. na ręce Dyrekcyi szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Lwów dnia 13 Marca 1885.

Dyrekcyja kraj. szpitala powszechnego.

Dr. Głowacki.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 11 kwietnia 1885. **№ 15.** **Rok XXIV.**

I. Ze szpitala św. Zofii we Lwowie.

Dwie osteoplastyczne resekcyje stopy u dzieci podług Mikulicza.

Podał Dr. A. Schattauer.

Osteoplastyczna resekcyja stopy należy bez zaprzeczenia do cenniejszych nabytków, któremi w ostatnich latach wzbogaconą została chirurgija operacyjna. Wartość jéj polega nie tylko na oryginalności pomysłu, ale co ważniejsze odznacza się ona tém, że jest niejako uzupełnieniem dotychczasowych postępowań konserwatywnych w leczeniu jużto uszkodzeń, jużteżto cierpień gruźliczych stopy. Jakkolwiek znane wyniki opiewają nader zachęcająco, nowa ta operacyja rozporządza dotąd skromnym materyjałem statystycznym. Że atoli do ustalenia wskazań i ocenienia wartości każdego rękoczynu potrzebną jest spora liczba przypadków, tego dowodzić nie potrzeba. W literaturze znajdujemy tylko 8 przypadków téj operacyi: 4 Mikulicza, 1 Burkardt-Socina, 2 Lauensteina i 1 Lumniczera. Głównem wskazaniem do operacyi była sprawa gruźlicza skoku, a tylko w jednym przypadku wykonał ją Mikulicz z powodu rozległego owrzodzenia kiłowego skóry, pokrywającéj piętę. W urazowych obrażeniach pięty i sąsiednich jéj części, jak się zdaje, resekcyja osteoplastyczna nie była jeszcze zastósowaną. U żadnego z operowanych nie nastąpiło zejście śmiertelne w skutek samego zabiegu. Z 7miu operowanych dla próchnienia kości umarło dwóch w ciągu pierwszego roku z postępującéj gruźlicy ogólnéj; u jednego musiano przedsięwziąść następową amputacyję podudzia; czterech zaś wyzdrowiało zupełnie z dobrą zdolnością czynnościową kikuta.

Z podobnych przypadków można nabrać przekonania, że w mowie będąca operacyja co do gojenia rany miała bieg zadowalający, gdyż prawie bez wyjątku nastąpiło wygojenie przez rychłozrost, a tylko w 2 przypadkach rozpadły się późniéj blizny skutkiem odnowienia się gruźlicy miejscowéj.

Jaka zaś jest doniosłość tego rękoczynu jako środka leczniczego w gruźlicy miejscowéj, trudno jeszcze na teraz wydać sąd stanowczy. Zdaje się atoli, że można spodziewać się korzystniejszych wyników, gdy schorzenie gruźlicze wychodzi pierwotnie z kości, a części miękkie, otaczające tyłostopie, tylko w miernym stopniu są dotknięte naciekami gębczastemi. Gdzie wszelako pierwotna siedziba gruźlicy jest w torebkach stawowych, lub jeżeli obok próchnienia kości tyłostopia znajdują się w sąsiedztwie złogi grzybowate znacznej rozległości, tam dla resekcyi osteoplastycznéj są widoki prawie wątpliwe, bo jak doświadczenie uczy, w tych razach ścięgna otoczone są naciekami gębczastemi, w kształcie długich wypustek, sięgających wysoko na podudzie; dokładne usunięcie tychże jest trudne i bez obrażenia naczyń głównych obejść się nie można. Na tę okoliczność zwrócił już Walzberg uwagę w swoim referacie o resekcyi osteoplastycznéj (*Centralblatt f. Chirurgie* z r. 1881 str. 188). Jeżeli więc po dokonanéj resekcyi osteoplastycznéj okażą się daleko sięgające zmiany gębczaste w pochwach ścięgien, należy przystąpić do amputacyi podudzia. W takiém położeniu znajdował się w jednym przypadku Mikulicz, gdyż po ukończonéj resekcyi musiał wykonać amputacyję, ponieważ nacieki gruźlicze mostka łączącego drążyły tak daleko w głąb, iż podczas usuwania tychże przeciętą została tętnica goleniowa przednia. (Przyczynki do Chirurgii. Przegląd Lekarski 1883).

W uzupełnieniu powyższych uwag wypada jeszcze poświęcić słów kilka bardzo ważnéj stronie resekcyi Mikulicza, t. j. użyteczności operowanej odnogi. Pod tym względem nie ulega wątpliwości, że kikut po téj operacyi z powodu utrzymania przedstopia odznacza się większą elastycznością i gibkością w chodzeniu, aniżeli po amputacyi Pirogowa lub Symego. Na zeszłorocznym Zjeździe lekarskim w Kopenhadze widziałem mężczyznę z kikutem według Mikulicza, operowanego przez Lauensteina (*Centralblatt f. Chirurgie* 1884. Nr. 1.). Chodził on w półtora roku po operacyi z łatwością, nie opierając się na kiju. Jako murarz oddawał się swemu zawodowi

chodząc swobodnie po schodach i po rusztowaniu. Wątpię, czy posiadałby był tę lekkość ruchów na szczudle lub z kikutem według Pirogowa. Operowana przezemnie dziewczyna mogła w półroku po operacyi chodzić przez kilka godzin bez znużenia.

Od czasu ogłoszenia wspomnianéj operacyi przez autora (*Archiv f. Chirurgie* T. XXVI str. 494) stosowano ją w znanych dotychczas w literaturze przypadkach tylko u dorosłych. Najmłodszy z operowanych według téj metody liczył 16 lat. W ciągu ubiegłego roku nadarzyła mi się sposobność wykonania téj resekcyi na młodszych osobach, mianowicie na dziewczynie 10letniéj i na chłopcu 9letnim. Sądzę, że ogłoszenie tych dwóch przypadków w celu pomnożenia statystyki nie będzie zbytecznėm.

1. Breine R. 10letnia dziewczyna, przyjęta do szpitala 28 Listopada 1883, przedtém, według opowiadania ojca, zawsze zdrowa, upadła przed $1^1/_2$ rokiem z ławki na prawą nogę. Wkrótce po tym przypadku wystąpił obrzęk w okolicy stawu skokowego połączony z znaczną bolesnością, tak iż chora przestała chodzić. Przed półrokiem powstał jeden ropień po stronie kostki wewnętrznej, późniéj drugi poniżéj kostki zewnętrznéj, poczém pacyjentka doznała o tyle ulgi, że mogła spuszczać nogę. Od kilku jednak miesięcy wzmogło się opuchnienie i bóle tak, że od tego czasu nie opuszcza ona łóżka. Obecnie przedstawia lichy stan odżywienia z znaczną bladością błon śluzowych i powłok powszechnych. Na szyi i pod szczęką dolną widać kilka blizn, tudzież kilka powiększonych gruczołów limfatycznych. Badanie narządów wewnętrznych stwierdziło stosunki prawidłowe z wyjątkiem szczytu prawego płuca, gdzie opuk wydaje odgłos bębenkowy, a przysłuch oddech szorstki połączony z obfitemi rzężeniami. Chora kaszle od kilku miesięcy, a wieczorami gorączkuje. — Odnoga prawa zgięta w kolanie pod kątem rozwartym nie daje się zupełnie wyprostować. Noga prawa, będąca w całkowitém położeniu stopy końskiéj, okazuje w okolicy stawu goleniowo-skokowego, jakoteż kości skokowej, bardzo znaczny obrzęk, który pochodzi raczéj z zgrubienia téj ostatniéj, niż z nacieków w otaczających częściach miękkich. Zarysy kostki zewnętrznéj wyraźne, wewnętrznéj zaś nie dają się wyczuć. Poniżéj téj ostatniéj występuje największe opuchnienie, na którém znajduje się owrzodzenie wielkości czworaka, pokryte ziarniną wiotką, mocno nad poziom skóry wybujałą. Wprowadzając w tém miejscu sondę natrafiamy na jamę, w któréj czuć kość chropowatą. Poniżéj kostki zewnętrznéj znajdujemy dwa otwory do przetok, idących w kierunku stawu skokopiętowego. Obrzęk w okolicy stawu skokopiętowego jakoteż na kości czółenkowatéj nieco mniejszy. Przedstopie jest zdrowe. Ruchy czynne, jakoteż bierne w stawie skokowym zupełnie zniesione, tak, że nieprawidłowe ustalenie stopy odnieść wypada do zrostu w tymże stawie. W skutek znacznéj bolesności, skurczu w kolanie i stopy końskiéj chodzenie jest niemożliwém. Wobec podejrzanego nieżytu w szczycie płuca prawego, daléj rozległego i zaniedbanego zboczenia miejscowego nie można było spodziewać się pomyślnego wyniku po wyłyżeczkowaniu przetok i kości. Zresztą ustalenie nieruchome stopy w nieprawidłowéj pozycyi nie pozwalało dobrze rokować o użyteczności odnogi nawet w razie wygojenia cierpienia miejscowego. Pozostawała zatém amputacyja podudzia lub też osteoplastyczna resekcyja. Przychyliłem się do téj ostatniéj w nadziei, że pacyjentka odniesie z niéj większą korzyść niż z odjęcia podudzia.

Operacyję wykonano 2 Stycznia 1884 śród dokładnego zachowania prawideł antyseptyki i użycia niedokrewności miejscowéj. Cięcia typowe przenikające do kości: pierwsze strzemienne od guzowatości kości czółenkowatéj aż do wyrostka guzowatego V kości śródstopowéj; drugie dwa boczne od końców cięcia poprzedniego do obu kostek, trzecie tylne od kostek okrążające tylną powierzchnię podudzia. Z powodu ścisłego zrostu kości skokowéj z powierzchnią stawową goleni nie można było wykonać wyłuszczenia tejże w zwykły sposób od tyłu. Wyłuszczono tedy najpierw kość skokową i piętową w stawie Choparta; następnie oddzieliwszy przedni łączący mostek od obu tych kości odwinięto pozostające przedstopie ku górze i odpiłowano dolną nasadę kości goleniowych na 1 cm. powyżéj zrośniętego stawu goleniowoskokowego; nakoniec odpiłowano połowę kości sześciennéj i czółenkowatéj. Na przekroju atoli obu ostatnich kości spostrzeżono stosunki nieprawidłowe: w kości czółenkowatéj ognisko gruźlicze wielkości grochu, a istotę gębczastą kości sześciennéj stłuszczoną i nieco rozmiękłą. Nadto napotkano wybujałości gębczaste pomiędzy obydwiema temi kośćmi. Odsłonięto przeto kości klinowate i przepiłowano je tuż poniżéj ich powierzchni stawowych, tudzież pozostałą połowę kości sześciennéj. Po oczyszczeniu pozostałych części z nacieków grzybowatych podwiązano przecięte naczynia krwionośne, przystósowano przepiłowane powierzchnie kostne i zespojono brzegi rany głębokim szwem kuśnierskim tudzież takim samym powierzchownym powrotnym. W kątach rany umieszczono dwa krótkie sączki. Części resekowane przystają dokładnie do siebie, a pozostała część stopy znajduje się w równéj osi z podudziem. Wałek utworzony przez mostek dość gruby. Po założeniu oprawy z poduszek napełnionych wełną drzewną sublimatową wyprostowano staw kolanowy, ułożono odnogę operowaną na szynie Volkmanna, zagiąwszy poprzednio palce ku górze pod kątem prostym, co się łatwo dało uskutecznić. Odnoga operowana nie przedstawiała w porównaniu do zdrowéj żadnego skrócenia ani przedłużenia.

Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. W 11tym dniu pierwsza zmiana opatrunku. Rana zagojona przez rychłozrost; palce w nadaném im położeniu dobrze ustalone. We trzy tygodni nastąpiło drugie przewinięcie. Ponieważ jeszcze utrzymuje się nieznaczna ruchomość stopy, ułożono więc odnogę na szynie filcowéj i przytwierdzono opaskami organtynowemi. Gdy we 2 tygodnie późniéj stwierdzono dokładne zrośnięcie kostne, założono lekką oprawę gipsową i chora zaczęła chodzić, opierając się na lasce. Z powodu jednakowéj długości obu odnóg nie było potrzebném podwyższenie obcasa u trzewika nogi zdrowéj. Gdy chora dnia 21 lutego opuszczała Zakład, polecono ojcu, aby zgłosił się z nią po kilku tygodniach celem sporządzenia stósownego trzewika. Przybyła ona jednak dopiero w 5 miesięcy późniéj. W parę tygodni po opuszczeniu Zakładu zdjęto jéj w domu opaskę gipsową i zastąpiono zwykłym trzewikiem z przodu sznurowanym, którego przednią próżną część wypełniono kawałkiem drzewa w kształcie kopyta szewskiego. W tym zaimprowizowaném obuwiu może ona bez zmęczenia chodzić godzinami, nieznacznie tylko kulejąc. Stan odżywienia okazuje znakomitą poprawę, a nieżyt szczytowy ustąpił zupełnie. Odnoga operowana nie różni się co do długości od zdrowéj. Stopa zrośnięta z podudziem nieruchomo bez zboczenia; palce niecałkiem pod kątem prostym ustalone. Może ona niemi trochę poruszać, stąpa jednak nagłówkami kości śródnożnych. Zgrubienie mostka jest nieznaczne.

2. Grzegórz K. 9letni chłopiec przyjęty do szpitala 18 Kwietnia 1884 r., upadł przed rokiem do głębokiéj jamy, przez co doznał znacznego stłuczenia stopy lewéj. Z powodu znacznych bólów przestał już od kilku miesięcy chodzić. Obecnie przedstawia lewa noga pozycyję stopy końskiéj w miernym stopniu. Okolica stawu goleniskokowego i skokopiętowego okazuje bardzo znaczny jednostajny obrzęk, sięgający ku górze na kilka cm. powyżéj kostek, ku dołowi zaś aż do stawu Choparta. Wymiar przez kostki i wyrostek piętowy o 6 cm. dłuższy niż na zdrowéj nodze. Skóra w okolicy wspomnianego obrzęku jest napiętą i połyskującą, poniżéj kostki wewnętrznéj czuć się daje chełbotanie i podwyższenie ciepłoty. Po za kostkami znajdują się dwa podługowate zgrubienia o wrzekomém chełbotaniu, pomiędzy któremi ścięgno Achillesa tworzy rowek. Oprócz wielkiéj bolesności stwierdzić można w stawie skokowym lekkie tarcie przy ruchach. Odżywienie pacyjenta w bardzo lichym stanie; skóra blada i sucha. Krom obustronnego miernego nieżytu oskrzelowego inne narządy wewnętrzne bez widocznéj zmiany.

Dnia 28 Kwietnia wykonano osteoplastyczną resekcyję stopy w sposób powyżéj opisany z tą tylko różnicą, że części tyłostopia chorobowo dotknięte oddzielono od przedniego mostka idąc porządkiem przez Mikulicza podanym, tj. wyłuszczając kość skokową od tylnego cięcia. Po dokonaném odpiłowaniu skrawków nasady podudzia z jednéj a kości czółenkowatéj i sześciennéj z drugiéj strony znaleziono bardzo wydatne nacieki gębczaste w pochwach mięśni podudzia, zwłaszcza zaś wzdłuż ścięgna Achillesowego. Należało je usunąć. W tym celu poprowadzono cięcie wzdłuż śc. Achillesa 8 cm. długie i wycięto złogi będące w pochwie tegoż, jakoteż pomiędzy powierzchowną a głęboką warstwą m. łydkowych. Tak samo oczyszczono mostek łączący, przyczém tętnica goleniowa przednia nie została obrażoną. Chociaż mostek, po usunięciu nacieków grzybowatych, znacznie ścieńczał, tak że nawet miejscami przeświecał, pozostała część stopy rychło napełniła się krwią po zdjęciu opaski uciskowéj Esmarcha. Można więc było przystąpić do ukończenia operacyi. Zeszyto tedy brzegi rany szwem głębokim i powierzchownym, założono opatrunek z poduszek sublimatowych i zagiąwszy palce ku górze umieszczono odnogę na szynie. Odnoga operowana była o 1 cm. dłuższą od zdrowéj. Przebieg pooperacyjny był z początku prawidłowy; rana zgoiła się przez rychłozrost z wyjątkiem wąskiego rąbka przy końcu cięcia podłużnego, który uległ martwinie. Miejsce to wszakże prędko oczyściło się i zabliźniło. W 5tym tygodniu po operacyi, gdy miałem przystąpić do założenia oprawy gipsowéj na operowaną odnogę, aby osięgnąć dokładne zrośnięcie ruchomych jeszcze nieco powierzchni kostnych i rozpocząć następnie próby chodzenia, zaczął chory użalać się na bóle w odnodze operowanej. W dolnéj przedniéj części podudzia utworzył się obrzęk ze znamionami ropnia zimnego, a następnie drugi ropień pod blizną rany poprzecznéj. Po otwarciu tego ostatniego znaleziono obnażenie i rozmiękczenie pozostałéj połowy kości czółenkowatéj, tudzież przeciwległéj części kości goleniowéj. Ta okoliczność zniweczyła nadzieję utrzymania operowanéj odnogi. Wykonano przeto amputacyję podudzia, po któréj pacyjent wygojony wkrótce opuścił Zakład. Badanie odjętéj odnogi wykazało próchnienie pozostałéj części kości czółenkowéj i powierzchni k. goleniowéj, luźne zrośnięcie kości sześciennéj z płaszczyzną kości podudzia, daléj nacieki gruźlicze w tkankach komórkowatych dolnéj połowy podudzia z przodu i z tyłu. W tkankach chorobowo zmienionych znaleziono kilka mniejszych ropni, jeden zaś większy z treścią serowatą pomiędzy mm. prostującemi.

Oba powyżéj opisane przypadki przedstawiają dwie odmienne formy téj saméj sprawy chorobowéj. W pierwszym z nich była gruźlica głównie w kościach skoku umiejscowioną. Przy badaniu wyciętych części skoku znaleziono kość skokową znacznie powiększoną, a wewnątrz dużą jamę wyścieloną ziarniną gruźliczą z odszczepem wielkości orzecha laskowego. Części zaś miękkie sąsiednie były tylko miernie grzybowato przeobrażone i dały się w zupełności usunąć. Pomimo przepiłowania w kościach klinowatych nastąpiło połączenie kostne z płaszczyzną kości podudzia i doskonała użyteczność odnogi. W tym przypadku byłem z powodu zrostu w stawie goleniskokowym zmuszonym do odmiennego postępowania operacyjnego. Przyznać atoli muszę, że wyłuszczenie tyłostopia od stawu Choparta więcéj nastręcza zachodu, niż wyłuszczenie kości skokowéj od tyłu sposobem typowym Mikulicza.

W drugim przypadku mieliśmy do czynienia przeważnie z rozległym grzybem w torebkach stawowych i w pochwach ścięgien m. podudzia. Usunięcie dokładne tychże nie było możebném, rychło też nastąpił nawrót sprawy gruźliczéj, przezco amputacyja stała się nieuniknioną. Albowiem wiadomą jest rzeczą, że tylko doszczętne uprzątnienie nacieków grzybowatych zabezpiecza od recydywy gruźlicy miejscowéj. Ten cel osięgnąć możemy tylko przy dostępności pola operacyjnego. A właśnie pod tym względem posiada resekcyja Mikulicza niezrównaną zaletę, że daje możność dokładnego rozpoznania granic sprawy patologicznéj w tych przypadkach, w których przed operacyją trudno było oznaczyć obecność złogów grzybowatych, w częściach na pozór zdrowo wyglądających. W ciągu więc saméj operacyi możemy, niemal z pewnością, ocenić, czy resekcyja osteoplastyczna osięgnie pożądany skutek, czy też należy przystąpić odrazu do amputacyi.

Że w mowie będąca operacyja korzystnie wpływa na stan ogólny, i że nawet zboczenie w płucach nie jest przeciwwskazaniem, może za dowód posłużyć operowana dziewczyna, u któréj w pół roku po operacyi można było stwierdzić ustąpienie nacieku w szczycie płuca i wyśmienity stan odżywienia, tak samo jak to nieraz spostrzegamy po amputacyi wykonanéj z powodu miejscowego cierpienia gruźliczego. W żadnym z powyższych dwóch przypadków nie obserwowałem zboczenia pozostałego przedstopia ku podeszwie lub też na bok, na co tyle na XIII Zjeździe chirurgów utyskiwał Haberern, który koniecznie zaleca z tego powodu spajanie szwem kostnym powierzchni przepiłowanych kości, aby zapobiedz możliwéj dewiacyi pozostałéj części stopy podczas gojenia. W operowanych przezemnie przypadkach nie używałem nawet szwów płytkowych, któremi Mikulicz spaja mostek, a mimo to nie zauważałem żadnego zboczenia od podłużnéj osi podudzia w czasie gojenia. Być może, że do tego znacznie przyczynił się opatrunek z wełny drzewnéj, który po wyschnięciu tworzy twardą skorupę, utrzymującą okolicę operowaną w dokładném unieruchomieniu. W przypadkach, w których uważano dewiacyję stopy, łatwo została ona zapomocą stósownéj opaski usuniętą. Jeżeliby jednak chodziło komu koniecznie o zespojenie kości, to zamiast szwów kostnych właściwszém wydałoby mi się użycie klamerki stalowéj, jaką podał Gussenbauer do leczenia pseudartrozy. Możnaby ją o wiele łatwiéj założyć i następnie wyjąć po zrośnięciu kości. Nakoniec nie mogę pominąć jeszcze jednéj okoliczności, która w obu powyższych przypad-

kach ze względu na wiek mogłaby na mnie ściągnąć zarzut, że resekcyja osteoplastyczna jest właściwie tylko u dorosłych wskazaną, u dzieci zaś da się zastąpić innemi łagodniejszemi sposobami działania. Że u dzieci zboczenia gruźlicze kości stopowych goją się dobrowolnie po dłuższém ropieniu, nawet gdy istnieją wielokrotne ogniska, jest faktem dostatecznie znanym. Wiadomo także, że można zapomocą kilkakrotnych wyłyżeczkowań obok innych środków pomocniczych uzyskać wygojenie z zachowaniem zupełném kształtu i ruchomości stopy. Tak się rzecz ma, bez wątpienia, u dzieci młodszych obok objawów ogólnych tak zwanéj skrofulozy. Zdarzają się jednak przypadki gruźlicy stopy u dzieci starszych, nawet nie tak bardzo rzadko, jak wiemy z praktyki szpitalnéj, u których w skutek zaniedbania przy braku najskromniejszych wymogów hygijenicznych doszło cierpienie gruźlicze w kościach skoku do tak rozległych rozmiarów, że o wygojeniu zapomocą częściowych resekcyj lub wyskrobania łyżeczką ostrą ani marzyć nie można. Jeżeli oprócz tego istnieją powikłania gruźlicze lub też zwyrodnienia skrobiowate narządów wewnętrznych, wówczas nie pozostawałaby inna droga, jak wykonanie amputacyi podudzia. Czyż w takich wyjątkowych przypadkach u starszych dzieci nie jest istném dobrodziejstwem metoda operacyjna tak bardzo zbliżona do amputacyi, a dająca rezultat tak znacznie pod względem użyteczności odnogi przewyższający kikut amputacyjny? Żałować tylko wypada, że nie zawsze może ona zastąpić amputacyję.

Sądzę także, że skrócenie rozwojowe odnogi po resekcyi osteoplastycznéj u dzieci nie może dojść do tych rozmiarów jak po innych resekcyjach, n. p. kolana. Wiadomo, że odnoga operowana bywa o 1—2½ cm. dłuższą niż zdrowa. Ażeby uniknąć podwyższenia obuwia u zdrowéj nogi z powodu niejednakowéj długości odnóg, należałoby odpiłować grubszą warstwę kości. W ten sposób postępuje nawet Mikulicz u dorosłych w ostatnich czasach. U dzieci zaś może to przedłużenie odnogi po resekcyi osteoplastycznéj wynagrodzić ubytek wzrostowy kości podudzia, tak że z czasem w skutek jednakowéj długości obu odnóg podwyższenie obuwia u zdrowéj nogi stać się powinno zbytecznėm.

II. O laparotomii w przypadkach przedziurawienia żołądka i jelit.

Wykład wypowiedziany na Zjeździe przyrodników w Magdeburgu
przez prof. **Mikulicza.**
(Dokończenie. Patrz Nr. 13).

Drugiéj nierównie większéj przeszkody dla wskazania w właściwym czasie zabiegu operacyjnego szukać należy bez wątpienia w trudności rozpoznania. W wielu razach niestety pierwszym pewnym objawem przedziurawienia jelita lub żołądka jest wywiązanie się zapalenia otrzewny, a wiadomo nam wszystkim, że rozpoznanie zapalenia w samym zawiązku również jest trudném, z przyczyny, że pierwsze jego oznaki nie zawsze cechują się dość jasno i wybitnie. A nawet wobec wyraźnie już rozwiniętego zapalenia otrzewny przedziurawienie można przeoczyć, zwłaszcza w razie samoistnego przedziurawienia, gdzie brak poprzedzającego urazu usuwa nam podstawę rozpoznawczą. W dwóch przypadkach przezemnie operowanych, jak również w przypadku Chaputa, przypuszczając niedrożność jelita, przystąpiono do operacyi, i ta dopiero, lub późniéj wykonana sekcyja, odkryły przedziurawienie jelita, które nieraz jeszcze z pewnością stwierdzi się dopiero na stole sekcyjnym. Nie mniéj trzeba mieć w pamięci, że oprócz przedziurawienia żołądka i jelita cały szereg innych spraw śród podobnych objawów sprowadza zapalenie otrzewny, któremu za punkt wyjścia posłużyć może każdy prawie narząd brzucha. W jelicie prócz przedziurawienia należy wziąść pod uwagę zatorowanie światła najrozmaitszego rodzaju (wgłobienie, uwięźnięcie, skręcenie około osi i t. p.) Co do objawów Ileus, wzbudzonych niedrożnością jelita, które mogą same przez się przedstawić łudzący obraz zapalenia otrzewny lub co najmniéj jego rozpoznanie w wysokim stopniu zamącić, podał w ostatnich czasach, jak wiadomo, Kussmaul metodę przepłukiwania żołądka z świetnym wynikiem stósowaną, która ma nietylko znaczenie środka leczniczego, lecz w razach wątpliwych nawet do znaczenia rozpoznawczego wznieść się może. Owrzodzenia pęcherza pociągają również za sobą zapalenie otrzewny, ropnie śledziony i wątroby, jakoteż *echinococcus*, przebijając się do jamy brzusznéj wzniecają w otrzewnie sprawę zapalną. Często zwłaszcza bierze początek zapalenie otrzewny z macicy, jajowodów i jajników (tu należy szczególniéj badanie uzupełnić w kierunku poronienia), a nawet trzustka i nerki mogą dać pochop do zapalenia otrzewny, w któréj jamę wlewa się wreszcie niekiedy treść ropnia płucnego lub wypocina ropna z worka opłucnowego.

Możliwości dopiero co przytoczone nie mogą nas jednak wobec wątpliwego rozpoznania odwieść od wykonania laparotomii, gdyż podobnie jak w samoistném zapaleniu otrzewny świeżo a gruntownie roztrząsaném przez Leydena, tak w tych wszystkich razach wydalenie wypociny, ewentualnie toaleta jamy brzusznéj i drenowanie słusznie na uznanie zupełne zasługują. W wielu zresztą tych razach także punkt wyjścia zapalenia otrzewny należy objąć bezpośrednio zabiegiem chirurgicznym.

Z drugiéj strony nie należy zapominać, że zapalenie otrzewny przystępuje również do całego szeregu chorób ogólnych, w przebiegu których wykonanie laparotomii wcale nie da się usprawiedliwić. Według Bauera *(Ziemssens Handbuch der spec. Pathol. und Therap.)* dołącza się zapalenie otrzewny samoistne do gośćca wielostawowego, do ostrych osutek i innych chorób zakaźnych, do ropnicy, choroby Brighta i gnilca. Wywiady i dokładne badanie rzadko zostawią wątpliwość w podobnych razach co do choroby ogólnéj, powikłanéj z zapaleniem otrzewny i dla tego pożądaném byłoby w każdym wątpliwym przypadku w téj mierze badaniu najdokładniejszy wytknąć kierunek. Nie mogę tu również pominąć téj okoliczności, iż często w przebiegu duru brzusznego pojawia się zapalenie otrzewny bez przedziurawienia, a trudno rozstrzygnąć, czy i w tym razie do operacyi skłonić się wypada, gdy zapalenie otrzewny w przebiegu duru bez przedziurawienia lepszém względném rokowaniem się cechuje i nierzadko dobrowolnie kończy się uleczeniem.

Jedyną po części pewną oznaką zapalenia otrzewny po przedziurawieniu jest nagromadzenie się gazu wolnego w jamie brzusznéj, a możliwe wyśledzenie go w krótkim czasie po wystąpieniu pierwszych objawów upoważnia do zupełnie pewnego rozpoznania. Przedziurawienie samo nagle występując wywołuje zazwyczaj, bez względu na formę swego pochodzenia, gwałtowny, miejscowo ograniczony lub rozlany ból w jamie brzusznéj, któremu towarzyszy częstokroć mniéj lub więcéj znaczny stopień zapadu. Objaw ten wprawdzie

sam przez się mało cechujący przedziurawienie może jednak w miarę okoliczności zyskać na wartości rozpoznawczéj i umożliwić rozpoznanie w wczesnym już okresie.

Nie ulega wątpliwości, że w wielu razach potwierdza się prawdopodobne rozpoznanie przedziurawienia, zanim jeszcze ukażą się wybitne objawy zapalenia otrzewny, a tyczy się to przedewszystkiém przedziurawień urazowych, z pośród których znowu najczęściéj obrażenia bezpośrednie jelita przez rany kłute, cięte i postrzałowe do rozpoznania się nadają. Jeśli kierunek kanału ukłucia lub postrzału prowadzi na myśl o zranieniu żołądka lub jelita, jeśli przytém krew domięsza się do wymiotów lub do stolca, jeśli nagle wystąpi zapad, dotąd mimo zranienia ociągający się, to nie brak już cennych wskazówek, na podstawie których Kocher i Tiling operowali z powodzeniem. Trudniejszém już bywa rozpoznanie przedziurawienia skutkiem pęknięcia lub zmiażdżenia jelita przez zadziałanie siły tępéj, choć i w tych razach śród pewnych warunków udaje się stosunkowo dość wczesne rozpoznanie. B. Beck (*Deutsche Zeitschr. für Chir. 11 u. 15. B. Über Darmzerreissung*) na podstawie obfitego doświadczenia własnego wskazał w sposób bystry, jak można wyzyskać objawy tu napotykane, lecz zbyt szczupłe ramy niniejszego wykładu nie pozwalają mi zapuszczać się w szczegóły, tém mniéj, że podręczniki i monografije w tym kierunku ogłoszone wyczerpująco omawiają rozpoznawanie urazowego przedziurawienia jelita.

Nie wątpię, że późniejsze doświadczenia wiadomości nasze znacznie jeszcze rozszerzą, jeśli tylko rozpoznanie nadać ma zwrot do czynnego działania z naszéj strony.

Tém mniéj czuję się uprawnionym, zapuszczać się tutaj w rozpoznawanie przedziurawienia żołądka lub jelita natury nieurazowéj, lecz napomknę, że chociaż w wielu razach, jak np. w przebiegu rozpoznanego i leczonego poprzednio wrzodu żołądka, w durze brzusznym typowo przebiegającym, w niektórych przypadkach zapalenia okątnicowego, rozpoznanie przedziurawienia nie sprawia najmniejszéj trudności, to przecież w bardzo wielu innych przypadkach rozpoznanie ścisłe, a dość wczesne, stanowi niemały szkopuł dla klinicysty. W téj mierze zmuszeni jesteśmy oprzeć się na radzie internistów, do których pomocy tém chętniéj niemal pod każdym względem uciekamy się, o ile w ich zakresie leży rozstrząśnienie objawów w ogóle i w każdym poszczególnym przypadku celem zużytkowania ich do dosyć wczesnego i pewnego rozpoznania, od nich zawisło odstąpienie nam przypadków nadających się do operacyi. Wygórowaném żądaniem ścisłego rozpoznania nie należy się przecież krępować w przypadkach tak wewnętrznych jakoteż chirurgicznych, bo tam gdzie niebezpieczeństwo chwilowo jeszcze zażegnane, niedostatek zupełnie pewnego rozpoznania nie upoważnia do zaniechania laparotomii, a ktokolwiek godzi się na nacięcie próbne w przypadkach nowotworów brzucha bezpośrednio niezagrażających życiu, nie może potępić cięcia próbnego w cierpieniu bezwarunkowo prawie przyprawiającém o śmierć. Skoro zaś zapalenie otrzewny już w pełnym jest rozwoju, otwarcie jamy brzusznéj według poglądu Leydena nawet bez względu na przyczynę powstania zupełnie będzie usprawiedliwioném.

W téj mierze trudno wysilać się na podanie ogólnych prawideł, rozstrzygnięcie w każdym przypadku winno być wynikiem głębokiego rozmysłu i rozważenia wszystkich okoliczności ubocznych, i dla tych właśnie powodów nie można aż do czasu zdobycia rozległego doświadczenia podać ścisłych wskazań co do szczególnych rodzajów przedziurawienia. Dotychczasowe zapoznanie się z przebiegiem różnych form przedziurawienia będzie nam tylko tymczasową nicią przewodnią dla przyszłego działania i tak np. wobec rany postrzałowéj brzucha, jak już nadmieniono, przyjdzie nam zazwyczaj szybko przystąpić do operacyi, chociażby objawy przedziurawienia jelita nie były całkiem przekonywającemi. Wspomniane wyż doświadczenia Parkesa i rezultaty Kochera i Tilinga posłużyć mogą stanowczo jako wskazówki na przyszłość. Natomiast wobec pęknięcia jelita i stłuczenia wywołanego siłą tępą nie bez korzyści będzie przeczekać pierwsze objawy wstrząsu, wywołanego bezpośrednio urazem, gdyż zwykle pierwéj rozpoznanie natrafia na zbyt wielkie trudności. Uszkodzenie organów wewnętrznych, a zwłaszcza naczyń krwionośnych obok urazowego przedziurawienia jelita powstające, zniewala z niem społem do laparotomii i uwalnia od długiego namysłu. Nie mniéj pragnę zaznaczyć, że również obrażenie pęcherza śródotrzewnowe, wchodzące w skład obserwowanego przypadku, wymaga spiesznego wykonania laparotomii, gdyż zdaniem wszystkich nowszych badaczy, jak Bartelsa H. Kunza, Vincent Maltraya, Sulliarda i Rioingtona, laparotomija i szew pęcherza dają wówczas tylko pewną rękojmię powodzenia, jeśli niebawem, o ile możności w pierwszych 10 godzinach, przystępuje się do operacyi.

W przypadkach przedziurawień po owrzodzeniach, niezostających w związku z urazem, decydującym jest zasób sił chorego. Wobec przedziurawienia w trzecim tygodniu duru, śród zupełnego upadku sił, nikt zapewne nie pomyśli o laparotomii, która już z początkiem okresu wyzdrawiania w wielu razach nabiera mocy wskazania. Przebicie wrzodu dziurawiącego żołądek otwiera również częstokroć pole do wykonania natychmiastowéj laparotomii, podczas gdy przebicie wrzodu gruźliczego jelita nie wchodzi w zakres przypadków uprawniających do podjęcia tego zabiegu. Forma przedziurawienia szczególnie ważna zwłaszcza dla chirurga, bo powstającą po odprowadzeniu przepukliny zgorzelą dotkniętéj wzywa do zabiegu operacyjnego poprzedzonego krótkim tylko namysłem. Z największemi trudnościami liczyć się dziś musi wskazanie w przedziurawieniu wyrostka robaczkowego i zostającego z nim w związku zapalenia kątnicy i części około niéj położonych; może przyszłe doświadczenia podadzą pewne wyjaśnienie i jakieś podstawy. Przekonanie moje zniewala mnie wyrazić tutaj nadzieję, że w cięższych przypadkach zapalenia kątnicy i zap. okątniczego, niepowikłanego nawet z przedziurawieniem wyrostka robaczkowego, dotychczasowa więcéj wyczekująca terapija niebawem uchyli czoła przed zabiegiem operacyjnym. Daleki od chęci ujęcia za nóż w każdym przypadku zaparcia stolca i wymiotów obok obrzęku i bolesności w okolicy kiszki ślepéj, postąpiłbym sobie tam, gdzie już przyszło do wybitnych objawów ropnego zapalenia tkanki podskórnéj i otrzewny według zasad chirurgicznych na innych miejscach ciała stósowanych i starałbym się oddalić na zewnątrz, o ile można jak najprędzéj produkty zapalne. W ten sposób nie spłynie z pewnością dla chorego żadna szkoda, przeciwnie w wielu razach zagrożone życie jego będzie ocaloném, lub przynajmniéj czas leczenia znacznie skróconym.

W końcu pozwólcie mi Panowie dodać słów kilka co do techniki téj operacyi, jeśli w ogóle dziś w téj mierze rozprawiać można.

Co do kierunku cięcia brzusznego najodpowiedniejszém zdaje się być w przeważnéj liczbie przypadków cięcie w linii

środkowéj, a tam, gdzie rozpoznanie nie jest zapewnionêm, jest ono bezwątpienia jedynie słusznêm, zwłaszcza jeśli poprowadzonêm będzie między pępkiem a spojeniem kości łonowych, ze względu, iż otwory przedziurawienia częściéj napotyka się w dolnéj połowie brzucha i zkąd téż najłatwiéj utorować sobie drogę do całéj jamy brzusznéj. Tylko wówczas gdy pewne dane przemawiają za przedziurawieniem wyższych części jelita lub żołądka, cięcie powyżéj pępka jest uzasadnionêm, a wobec niezbicie rozpoznanego przedziurawienia żołądka w dnie przyjmuje ono kierunek poprzeczny. Również w obec przedziurawienia wyrostka robaczkowego korzystniejszém byłoby cięcie ukośne, biegnące równolegle z więzem Pouparta i grzebieniem kości biodrowéj, odpowiednio do położenia kiszki ślepéj i okrężnicy wstępującéj.

Operując w całkiem świeżym przypadku z powodu zranienia, pierwszą rzeczą jest usunięcie krwi i podwiązanie uszkodzonych naczyń, tak jak przy rozwiniętém zapaleniu otrzewny pierwszém zadaniem jest wydalenie wypociny. Krwotoki z miąższowych narządów, z śledziony i wątroby, wymagają użycia termokauteru. Jeśli domyślne położenie otworu przedziurawienia przed operacyją nie wytknie nam pewnéj drogi poszukiwania, wyśledzenie go połączone jest nieraz z trudem a pęknięcia, jak słusznie zauważył Beck, nawet na stole sekcyjnym budzą nie mało trudności dla badającego. Nie sądzę jednak, aby ta okoliczność odstraszyła od laparotomii, têm mniéj, że przy troskliwém oglądaniu jelita na całéj jego długości, co łatwo da się uskutecznić przez kolejne wyciąganie jednéj pętli za drugą bez potrzeby wydobycia naraz wszystkich jelit na zewnątrz, udaje się łatwo zazwyczaj odnaleźć miejsce przedziurawienia. — W obec silnéj jednak bębnicy koniecznością jest prawie część jelit od razu na zewnątrz wydostać. Dość często ograniczone zapalenie otrzewny i otorbiona wypocina zdradzi siedzibę otworu przedziurawienia, lub wypływająca treść jelita, względnie żołądka odsłoni go naszym oczom. Zresztą i tu, podobnie jak w innych ciężkich operacyjach brzusznych, wzbogacone doświadczenie i udoskonalenie techniki uprości niezawodnie całe postępowanie, a licząc na to dodam tylko przestrogę, aby nigdy w zapaleniu otrzewny, któréj przyczyna bliżéj jest nieznana, nie pomijać okolicy kiszki ślepéj, przy któréj troskliwém zbadaniu przebicie wyrostka robaczkowego nie może ujść uwagi. Zapalenie otrzewny samoistne, tak rzadko tylko występujące, dopiero po wykluczeniu wszystkich możliwosci z ostrożnością w rachubę wciągnąć się godzi.

Mając otwór przedziurawienia, przedstawiający nie zbyt wielki ubytek w ścianie jelita lub żołądka, wypada odświeżyć brzegi jego i zespoić dwurzędnym szwem jelitowym, do czego jedwab właściwszym mi się wydaje od katgutu, gdy nie brak objawów zapalenia otrzewny w otoczeniu miejsca przedziurawionego. Przytulone do siebie za pomocą szwu powierzchnie otrzewny nie podlegają w tym razie tak rażno i silnie zlepieniu jak w otrzewnie prawidłowéj, pożądanêm jest przeto przynajmniéj mechaniczne zamknięcie otworu przedziurawienia przez czas dłuższy przy pomocy źle chłonionego materyjału. Bez odświeżenia brzegów obejść się mogą jedynie świeże pęknięcia i rany kłute, zresztą należy w każdym przypadku tyle wyciąć, aby można zakładać szew w zupełnie zdrowych częściach, a obojętną jest rzeczą w razie małego ubytku, czy brzegi jego odświeżymy i łączymy w poprzecznym, czy téż w podłużnym kierunku. U mego chorego wyleczonego wynikło w skutek wycięcia i zespojenia w kierunku podłużnym znaczne ścieśnienie światła jelita, które nie pociągnęło w następstwie objawów zwężenia, lecz mimo tego na przyszłość w podobnych przypadkach, jak w ogóle przy większych ubytkach, wybrałbym połączenie w kierunku poprzecznym. Trzebaby wówczas aby przeszkodzić zagięciu jelita wyciąć podwójny kawał klinowy dosięgający wierzchołkiem krezki a nawet nie zawahać się, jeśli zachodzi potrzeba, przed odcięciem mniejszego lub większego odcinka okrężnego, nieuniknionêm prawie w przypadkach zranienia części krezkowéj jelita lub kilkukrotnego przedziurawienia, o jakiém myśleć należy w każdém zranieniu brzucha, a zwłaszcza w obec ran kłutych i postrzałowych. W przedziurawieniu tylnéj ściany żołądka wobec utrudnionego wprost dostępu przez silne zrosty korzystać wolno z wytkniętéj przez Czernego drogi w celu wycięcia wrzodu usadowionego na tylnéj ścianie żołądka, a to otwierając przednią ścianę żołądka i ujmując w szew tylną od błony śluzowéj.

Berger omawiając przypadek Boullego w Towarzystwie chirurgicznêm paryskiém zapytał się, czyby nie było korzystniéj w przypadkach przedziurawienia zamiast zakładania szwu jelitowego przysposobić przetokę kałową a to wychodząc z doświadczenia, że stosunkowo często po szwie jelitowym przychodzi do przetoki kałowéj, przez co bezwątpienia życie operowanego w wysokim stopniu bywa zagrożonêm. Mojém przekonaniem możemy bez zrzeczenia się zbyt cennych korzyści, z bezpośredniego zespojenia miejsca przedziurawionego wynikających, uczynić zadość i téj ewentualności, wprowadzając sączek aż w pobliże zeszytego jelita, przez co stwarzamy drogę gotową w razie wytworzenia się przetoki. Têm więcéj zaś dogadza mi ten sposób, że zaspokaja inne względy, dla których drenowanie po laparotomii z przyczyny przedziurawienia cenne oddaje usługi. Zanim jednak dotknę tak ważnego zagadnienia, niechaj mi wolno będzie poruszyć wpierw nie mniéj ważny punkt dotyczący tualety jamy otrzewnowéj. Rzeczą jest jasną, że tualeta jamy brzusznéj w przedziurawieniu żołądka lub jelita, bez względu na to, czy otrzewna dopiero co zetknęła się z treścią jelita lub żołądka, czy téż nie brak już objawów groźliczego zapalenia otrzewny, nie równie większą ma doniosłość, niż w przebiegu łaparotomii wykonanéj na niezmienionéj otrzewny, gdzie postępowanie to ma więcéj znaczenie ochronne. Dla tego téż w możliwości przeprowadzenia najściślejszéj tualety, płodnéj w skutki lecznicze, leży bezwątpienia przyszłość naszéj operacyi. Trudnêm staje się położenie, jeśli do przebiegu ostrego, gnilnego zapalenia otrzewny dołączą się objawy zapadu, bo w tym razie, jak w ogóle wobec rozpostartego zapalenia otrzewny, trzeba rozstać się z użyciem silnych środków odkażających, które przez rozległe zetknięcie się z otrzewną żywo wsysającą wzniecają niebezpieczny zapad lub już istniejący potęgują. Wątpliwém zaś jest bardzo, czy dosyć skutecznemi będą natomiast słabsze środki przeciwgnilne, niezagrażające całemu ustrojowi, lub wypłukiwanie jakąś obojętną cieczą, np. pierwéj odgotowanym rozczynem 6% soli kuchennéj. Do wdzięcznych zaiste należałoby zadań szukać na drodze doświadczalnéj sposobu, wiodącego do przerwania rozwiniętego zapalenia otrzewny, a przypuszczać się godzi, że mimo niepomyślnych dotąd wyników przecież jeszcze kiedyś wyjdą na jaw drogi i środki pewne zwycięztwa w walce z ostrém gnilném zapaleniem otrzewny. Pomyślniejsze o wiele stosunki napotykamy w ropném zapaleniu otrzewny, pociągającém często liczne zlepy pętli jelita między sobą i z ścianami brzu-

sznemi, gdyż wystarcza tu często na podstawie dotychczasowego doświadczenia jedynie wydalenie wypociny, aby zwalczyć zapalenie otrzewny. O ile w tych przypadkach oczyszczenie troskliwe jamy otrzewnowéj za pomocą gąbek bez wypłukiwania zdaje mi się być dostateczném, o tyle za niezbędne uważam tu dokładne drenowanie schorzałych części jamy otrzewnowéj.

Żywo tkwią zapewne w pamięci każdego z Panów różnice zapatrywań, ścierających się jeszcze przed kilkoma laty co do wartości drenowania jamy otrzewnowéj w ogóle, które głośna przed 5 laty praca Bardenheuera zdawała się przechylać chwilowo na stronę tego zabiegu. Równocześnie prawie z Bardenheuerem ogłosiłem pracę w tymże samym kierunku podjętą [1]), która doprowadziła mnie jednak do wprost przeciwnych rezultatów, wskazując mi, że drenowanie jamy otrzewnowéj nietylko za zbyteczne, lecz nawet za niebezpieczne uważać należy ze względu, że otwiera ono drogi do następowego zakażenia otrzewny. Poglądy moje z biegiem doświadczenia potwierdziły się i zyskały uznanie u przeważnéj liczby chirurgów. Nieodmiennie wyznając do dziś dnia też same zasady, dopóki mam do czynienia z prawidłową, niezakażoną otrzewną, jestem przecież zdania, że w obec rozwiniętego zapalenia otrzewny z obfitą wypociną nieodzowném jest stworzenie otworu do jamy otrzewnowéj za pomocą silnego sączka. Pominąwszy tu bowiem ustanie obawy następowego zakażenia, warunki w prawidłowéj otrzewnie napotykane uległy tak gruntownemu przeobrażeniu, że zarzuty przeciw drenowaniu jamy otrzewnowéj podnoszone straciły swą wartość i znaczenie. Drugi i trzeci z opisanych tu przypadków, a niemniéj przywiedziony w przypiskach przypadek, niewątpliwém są w tym kierunku świadectwem, dwa z nich doznały następowego rozstąpienia się niedrenowanéj rany brzusznéj w skutek gwałtownego napierania nagromadzonéj poza nią wydzieliny. Przez założenie drenu czas leczenia w pierwszym przypadku skróciłby się niezawodnie, w drugim chory, który mimo pomyślnego zrazu przebiegu nie ostał się w obec następstw pęknięcia rany brzusznéj, zostałby może ocalony. Jak już wspomniałem należy przynajmniéj jeden sączek grubości palca wprowadzić aż w pobliże zespojonego jelita, w rozległém jednak zapaleniu otrzewny nie będzie zbyteczném nawet kilka sączków zmierzających w rozmaitych kierunkach z rany brzusznéj rozmieścić. Aby zaś przeszkodzić następowemu rozejściu się jamy brzusznéj, odpowiednią wydaje mi się druga jeszcze wskazówka, na którą naprowadziła mnie w moich przypadkach myśl, czy nie zakażenie wypociną otrzewnową tamuje bezpośrednie zrośnięcie się powłok brzusznych, bez trudności zazwyczaj następujące. Zmiany zapalne otrzewny opóźniają bezsprzecznie zlepienie się brzegów w szew ujętych, przez co jama otrzewny od rany w powłokach brzusznych nie zyskuje tak szczelnego zamknięcia, jak to ma miejsce w otrzewnie wolnéj od zmian. Dla tego téż jest zamiarem moim na przyszłość w podobnych razach, jak to niektórzy w każdéj laparotomii zalecają, połączyć najpierw dokładnie brzegi otrzewny jednociągłym szwem, a posypawszy zlekka linię szwu pyłem jodoformu przystąpić dopiero do zespojenia rany brzusznéj.

Wybaczcie Panowie, że nader długo zajmowałem uwagę Waszą przedmiotem, do którego tak mało dodatnich doświadczeń zebraliśmy, może jednak powiodło mi się rozbudzić dalsze, płodne w skutki usiłowania w tym kierunku, choć nie waham się wyznać, że zrazu wypadnie zadowolić się bodaj skromnym tylko wynikiem. Jeżeli zważymy jednak, ile trudów i znoju umysłowego niesie w ofierze dzisiejsze pokolenie w celach wykształcenia i udoskonalenia operacyi raka, któréj ostateczny wynik nie więcéj niż skromnym nazwać się godzi, wówczas mamy prawo rokować, że rezultat naszych usiłowań nie gorzéj opłaci nam trudy dalszego rozwoju dziś roztrząsanéj kwestyi, bo choćby tylko mała cząstka operowanych uszła z życiem, wynik będzie w każdym przypadku przecież zupełny.

[1]) *Uiber die Anwendung der Antisepsis bei Laparotomie mit besonderer Rücksicht auf die Drainage der Peritonealhöhle. Langenb. Arch. XXVI. H. 1.*

III. Przyczynki do nerwic narządu moczo-płciowego.

Skreślił Dr. B. Skórczewski

lekarz zdrojowy w Krynicy.

I. Białkomocz przemijający.

Przedmiotem dosyć licznych prac w literaturze ostatnich lat była sprawa pojawiania się białka w moczu u ludzi zdrowych, u ludzi, u których nieusprawiedliwioném byłoby podejrzenie, iż u nich znajdują się jakiekolwiek chorobowe zmiany anatomiczne w nerkach. Bartels (*Handbuch der Krankheiten des Harnapparates* 1875. I. 37) wypowiada stanowczo: „iż zupełnie zdrowe nerki mogą z moczem wydzielać białko skutkiem zmienionego parcia krwi w naczyniach“. Co do białkomoczu przemijającego jednak, wspomina zaledwie o spostrzeżeniach Hupperta, iż tenże występuje po napadach padaczkowych, nawet po napadach nierozwiniętych, oraz nadmienia, że Stokvis przypisuje to zjawisko nerwom, a mianowicie mniema, że przez porażenie nerwów naczyniowych w nerkach występuje zaburzenie w krążeniu i wydziela się białko w podobny sposób, jak to ma miejsce po przecięciu nerwów naczynio-ruchowych otaczających tętnicę. Przyczyna zaś porażeń tych nerwów naczynio-ruchowych nerek może leżeć nie tylko w najbliższém sąsiedztwie nerki ale także daléj, w ośrodkach nerwowych.

To jest niemal wszystko, co odnośnie do tego przedmiotu znajdujemy w dziele Bartelsa, gdzie nawet nie uwzględniono tutaj zaliczyć się dających wielu przypadków białkomoczu przemijającego lub przepuszczającego, jakie zdarzają się w zakażeniu zimniczém. Bartels widział tylko trzy tego rodzaju przypadki: w jedném było miąższowe zapalenie nerek, w dwóch zaś był sam białkomocz, który występował skutkiem gorączki zimniczéj. A jednak już Colin (*Traité des fièvres intermittentes 1870.* str. 187.) wspomina, iż białkomocz przemijający występuje niekiedy w samym początku napadu, w okresie dreszczów, a Griesinger (*Handbuch* 1864. str. 37) opisuje przypadek białkomoczu przepuszczającego, występującego niezależnie od gorączki, do któregoto przypadku odwołuje się Hertz (*Ziemssens Handbuch* 1874. str. 604).

W naszym kraju białkomocz przepuszczający a pochodzący od zakażenia zimniczego nie należy do zjawisk zbyt wyjątkowych. Taki białkomocz albo towarzyszy napadom gorączkowym, albo występuje daléj zwykle w tym samym torze po usunięciu napadów gorączkowych, albo téż w końcu występuje napadami sam przez się, jako t. zw. zimnica utajona.

Lubo ten rodzaj białkomoczu przemijającego, występujący pod wpływem zakażenia zimniczego prawdopodobnie rozwija się na podstawie zaburzeń w układzie nerwów naczynio-ruchowych, to przecie trudno wykazać stanowczo, iż wyłącznie tylko nerwy odgrywają tu główną rolę a nie sam przyrzut zimniczy, albo też niższego lub wyższego stopnia gorączka, a powtóre również niełatwém byłoby udowodnić, ażali nie jestto początek rozwoju anatomicznych zmian w nerkach, które istotnie dosyć często spotyka się w zakażeniu zimniczém, a które posiadają niektóre swoiste znamiona (Kiener i Kelsch, Soldatow).

Białkomocz u ludzi względnie zdrowych, u ludzi niedotkniętych wyraźném cierpieniem nerek, z téj przyczyny nie jest należycie opracowanym w tym powszechnie używanym podręczniku lekarskim, ponieważ, pominąwszy dawniejsze ogólnikowe spostrzeżenia Becquerela, Simona, Schmidta, Canstatta, Frerichsa, Vogla, dopiero w ostatnim dziesiątku lat sprawa zjawienia się białka w moczu przy zdrowych nerkach stała się przedmiotem prac licznych, a nawet dosyć obszernych. W każdym jednak razie to, co dotychczas w tym kierunku zrobiono, uważać można jedynie za pierwsze kroki do rozjaśnienia licznych zagadnień fizyjologicznych, etyjologicznych i patogenetycznych, dotyczących zjawiania się białka w moczu.

Te spostrzeżenia w ogóle są nieliczne, a przeważna ich część skierowaną jest do tego przypuszczenia, że występowanie białka w moczu u ludzi zdrowych uważać należy za sprawę fizyjologiczną, czyli innemi słowy, iż białko stale i zawsze znajduje się w moczu ludzkiém, ale w małéj ilości i dla tego przy dotychczasowym sposobie badania zwykle się go nie wykrywa. To przypuszczenie wypowiadali różni badacze, a obszernie rozwinął je Senator w dziełku p. t. *Die Albuminurie im gesunden und kranken Zustande.* Berlin 1882. 8° str. 115.

Za prawdopodobieństwem tego przypuszczenia prócz wielu rozumowanych dowodzeń najwięcéj przemawiają badania ku temu celowi skierowane, a przeprowadzone na większym szeregu ludzi zdrowych. Leube (*Arch. f. klin. Med.* 1877) badał 119 żołnierzy zdrowych i znalazł białko w moczu rano u 5 a następnie jeszcze u 14 po ćwiczeniach, razem u 19 osób, czyli 16%. U niektórych białka było około 0.1%. Munn (*New York med. Record* 1879) badając 200 osób zdrowych celem ubezpieczenia na życie znalazł u 24 białko w moczu czyli 12%. Kleudgan (*Arch. f. Psych. u. Nervenkrank*, XI) badając 32 zdrowe osoby znalazł u 14 białko w moczu, czyli 43%, a nawet i u innych, gdy ciężar gatunkowy moczu przekraczał 1014. Fürbringer (*Zeitschrift f. klin. Med. 1880*) badając mocz 61 zdrowych 3—6 letnich dzieci znalazł u 7 białko, czyli 11%. Leroux (*Revue de Méd.* 1883) u 330 zdrowych dzieci znalazł 19 razy białkomocz, czyli 5%. Capitan (*Rech. exp. et clin. sur les album. trans. Paris* 1883) znalazł na 98 badanych zdrowych żołnierzy u 44 białkomocz, czyli 44%; a na 92 zdrowych dzieci od 1½—18 lat u 38, czyli 41%, Coignard (*Union med.* 1884) u 480 rozmaitych osób 235, czyli 49%.

Otóż z tych liczb okazuje się, że w ostatnich kilku latach nadmienieni autorowie badali mocz u 1412 osób zdrowych, a między tymi znaleźli białko u 400, osób czyli przeszło 28%. Jestto istotnie wysoki odsetek, i nie można przeczyć, że on przemawia za przypuszczeniem, iż wydzielanie białka z moczem jest sprawą fizyjologiczną, a to tém więcéj, że ten odsetek u niektórych badanych dochodzi do 49. Oprócz tego znajdujemy jeszcze w literaturze za tém przypuszczeniem przemawiające spostrzeżenia, które jednak nie są w liczby ujęte. Vogel (*Virchows Handbuch der Pathologie*) spostrzegał przypadki białkomoczu bez choroby nerek u ludzi zupełnie zdrowych. W jednym z nich białkomocz był tylko w dzień. Ultzmann (*Wien. med. Presse.* 1870) śledził białkomocz u 8 silnych zdrowych lekarzy. U jednego z nich spostrzegał białko przez 2 lata, u drugiego białko zjawiało się tylko niekiedy: mianowicie w moczu z nocy, który był gęstym, znajdowało się dużo białka, a w dzień albo po przechadzce był zaledwie ślad białka. Dukes (*Brit. med. Jour.* 1878) ogłosił 10 przypadków białkomoczu u ludzi zdrowych w wieku 13 do 17 lat. Marcani (*Gaz. hebdom.* 1879) dowolnie mógł wydzielać białko z moczem, jeżeli bowiem przez 10—15 minut robił ruch obrotowy odnogami górnemi tak, że tętno wzmagało się z 75 na 115 uderzeń na minutę, to zaraz w moczu występowało białko. W moczu z nocy nigdy go nie było. Bull (*Nordiskt. med. Arkiv.* XI.) opisuje przypadek, w którym u 27 letniego zdrowego lekarza znalazł około 0·1% białka w moczu. Po dłuższém badaniu przekonał się, że w moczu z nocy białka nie było, ale w następnym występowało dosyć często. Czasem całkiem znikało. Huppert (*Prag. med. Woch.* 1880, 1881) podaje, że u ludzi ze zdrowemi nerkami może występować białko w moczu, i może dochodzić do 0·5%. Guéneau de Mussy (*Clin. med.* II) spostrzegał białko w moczu u ludzi zdrowych; badał je w jednym przypadku 12 lat a w drugim 14 lat, lecz nie dostrzegał żadnych złych następstw. Fürbinger (l. c.) śledził 29 letniego lekarza, który przypadkiem w moczu własnym znalazł rano białko. Pod tém wrażeniem w parę godzin było dużo białka w moczu, a wieczór nie było ani śladu. Następnie zjawiało się ono w mniejszéj lub w większéj ilości, a nawet ustępowało zupełnie. Dużo białka występowało po złéj wieści, po zmartwieniu, po przestrachu i dochodziła wtedy ilość jego do 0·6%. Nadto opisuje téż, że u 3 zdrowych silnych ludzi spostrzegał białko w moczu, ale tylko około południa i rano, popołudniu białko znikało. Runeberg (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 1880) w dwóch przypadkach białkomoczu u zdrowych ludzi spostrzegł, że w spokoju i podczas nocy wzrastała ilość moczu, a zmniejszała się ilość białka, przy ruchach zaś i podczas dnia bywało przeciwnie. Senator (l. c. często znajdował ślady białka u ludzi zdrowych zwłaszcza przed jedzeniem około południa. Badając mocz własny i 3 lekarzy wykrywał białko: u siebie między godziną 11 a 1, wyjątkowo po objedzie lub w nocy, u dwóch zaś lekarzy w czasie trawienia, a u jednego wybitnie wpływało pożywienie mięsne na zjawianie się białka. De la Celle de Chateauborg (*Thèse. Paris* 1883) twierdzi, że prawie u wszystkich ludzi można wykryć przemijający białkomocz zaprawiając mocz jodkiem rtęci i octanem potasowym. Białko szczególniej występuje po zmęczeniu cielesném lub umysłowém, po zimnych kąpielach, po pobudzeniach płciowych. Zjawia się ono tak u dzieci jak u osób starszych, ale u tych ostatnich w mniejszéj ilości. Trawienie w spokoju mały ma wpływ na zjawianie się białka.

Z tego przeglądu przekonywamy się, że wszystkie przytoczone spostrzeżenia odnoszą się do sprawy fizyjologicznéj zjawiania się białka w moczu, gdyż wszystkie dotyczyły osób zupełnie zdrowych, a prócz tego przyczyny, jakie podawano dla zwiększenia się ilości białka, również nazwać można fizyjologicznemi. Ale i pod względem tych przyczyn nie zdołano orzec czegoś stanowczego. Najwybitniéj wystę-

puje wpływ bodźców psychicznych w spostrzeżeniach Fürbringera, pracy mięśniowéj zaś w spostrzeżeniach Leubego, Marcacciego, Runeberga, Chateaubourga. Co do pory dnia, kiedy najczęściéj zjawia się białko, to również nie ma w tém nic stanowczego, albowiem Ultzmann w jednym przypadku odkrywał białko tylko w moczu z nocy, gdy Bull widział przeciwnie: że nigdy nie było białka w moczu z nocy, ale że bywało w moczu następnym; Fürbringer w 3 przypadkach wykrywał białko tylko około południa lub rano a nigdy popołudniu; Senator spostrzegał białko przeważnie między godziną 11tą a 1szą a Leroux między godziną 1szą a 3cią. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. O. Messerer (w Monachijum): **O znaczeniu sądowo-lekarskiém rozmaitych postaci złamań kości.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

c) Złamania przez zginanie.

Występują w dwojaki sposób: albo kość spoczywa na jakiéjś podstawie na obydwóch swych końcach a siła działa na nią w środku (fig. 12), albo też kość przytwierdzoną jest tylko w jednym końcu, a siła działa na drugi koniec (fig. 13); pierwszy sposób zdarza się głównie śród przejechania, drugi wśród uszkodzenia przez machiny, chwytające jakąś odnogę. Złamania skutkiem zginania częstokroć są poprzeczne lub ukośne, najczęściéj atoli mają postać charakterystyczną. Wiadomo bowiem, że w skutek zaginania każde ciało proste, podłużne, otrzymuje stronę wypukłą i wklęsłą. Otóż częstokroć kość zgięta rozpada się na 3 części (fig. 14), albowiem w miejscu największéj wklęsłości wyłamany zostaje kawał klinowaty, którego podstawa odpowiada wklęsłości. Mechanizm tego złamania jest następujący: Skutkiem zgięcia części leżące po stronie wypukłéj ulegają rozciągnięciu, leżące zaś po stronie wklęsłéj ulegają ściśnięciu, zgęszczeniu. Gdy więc po stronie wypukłéj na miejscu największego rozciągnięcia rozpoczyna się pękanie części, złamanie nie przechodzi, jakby się spodziewać należało, poprzecznie przez ciało, lecz okala części zgęszczone, przez co klin wysadzony zostaje. Rzadko atoli przychodzi do rzeczywistego wyłamania klinu, najczęściéj widać tylko ślad złamania klinowatego, w postaci rozpadlin, które mają postać klinową (fig. 15 i 16). Jeżeli więc lekarz sądowy na trupie znajduje złamanie klinowe lub przynajmniéj rozpadliny charakterystyczne, wtedy ma prawo czynić dwa wnioski: raz, że złamanie powstało skutkiem uginania, a powtóre, że podstawa klinu odpowiada stronie wklęsłéj, a tém samém dany jest kierunek, w którym uraz działał.

Fig. 12.

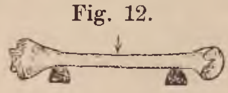


Fig. 13.

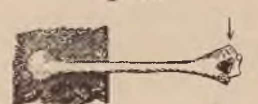


Fig. 14.

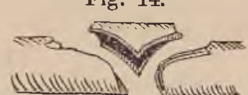


Fig. 15.

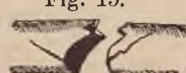
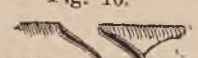


Fig. 16.



d) Złamania skutkiem przezwyciężenia wytrzymałości opornéj. Tu siła działa jak na słupie obciążonym wzdłuż osi podłużnéj kości, aby wywołać wygięcie i złamanie w środku lub przez zesunięcie końców (fig. 17). Najłatwiéj złamanie następuje w środku kości; tu zaś na względnie małym przekroju umieszczoną jest istota zbita, na końcach zaś (nasadach), gdzie mniejsze jest niebezpieczeństwo, na przekroju większym znajduje się istota miększa gębczasta. Stósunki te sprawiają, że wytrzymałość kości podłużnéj na wszystkich przekrojach jest jednaką, a ztąd to pochodzi, że jedna i ta sama kość, np. sprychowa, równie często ulega złamaniu przezściśnięcie nasad, jak skutkiem wygięcia trzonu. Fig 18—21 przedstawiają szereg złamań pierwszéj kategoryi; fig. 18 złamania w nasadzie kości ramieniowéj, fig. 19 w nasadzie goleniowéj, fig. 20 kości sprychowéj a fig. 21 szyi kości udowéj. Złamanie drugiéj kategoryi uzmysłowia fig. 22; jest to złamanie trzonu skutkiem wygięcia, a mianowicie jest to złamanie klinowe z podstawą klinu zwróconą ku stronie wklęsłéj kości przegiętéj. Są to zarazem złamania pośrednie, bo siła działa tu na końce kości, a więc na miejsca odległe od złamania.

Fig. 17.



Fig. 18.

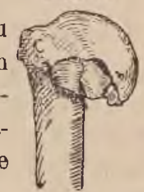


Fig. 19.



Fig. 20.



Fig. 21.



Fig. 22.



e) Złamania w skutek skręcenia *(torsio)*.

Jeżeli się trzyma kość w jednym końcu a koniec drugi skręca, powstaje złamanie charakterystyczne, kręte, śrubowate (fig. 23 i 24). Na żywych zdarzają się także złamania, jeżeli np. ktoś ugrzęznie nogą w szynie kolejnéj i szybko się obróci, ale także w wielu przypadkach uszkodzenia przez machiny. Na takich złamaniach można rozpoznać nie tylko sposób działania siły, ale i kierunek, albowiem linija śrubowata przebiega zawsze równolegle do kierunku skręcenia; tak w kości udowéj (fig. 23) skręcenie nastąpiło ku prawéj, w kości ramieniowéj (fig. 24) ku lewéj. Zdarzają się także złamania, w których poznać można tylko ślad skręcenia; widzimy wtedy tylko rozpadlinę krętą, podczas gdy brak właściwego złamania pionowego na początku i końcu rozpadliny.

Fig. 23.



Fig. 24.



Zbyteczna prawie dodać, że zdarza się i powikłany mechanizm złamania, w skutek czego postać złamania będzie powikłaną lub nietypową.

f) Złamania postrzałowe.

Według doświadczeń Bornhaupta i Delorma pociski z broni palnéj zdają się także wywoływać charakterystyczne postacie złamania w kościach rurkowych. Zazwyczaj bowiem kula nie przeszywa trzonu, jako ciała zbitego, lecz wywołuje na nim rozpadliny, opisujące figurę podobną do krzyża greckiego ×.

Otóż główne postacie złamań kości tak czaszki jak kadłuba i odnóg w miarę sposobów działania siły. Jeżeli Dr. Messerer wyraża nadzieję, że rzecz ta ma wielką doniosłość nie tylko dla klinicysty tak pod względem rozpoznawczym jak i pod względem rokowania, ale także dla lekarza sądowego, to przypuszczenie jego jest zupełnie usprawiedliwione, a mając silne przekonanie, że autor tém jasném przedstawieniem kwestyi oddał wielką usługę praktyce sądowolekarskiéj, pospieszyliśmy podzielić się niém z szan. czytelnikami tygodnika naszego, polecając je głównie uwadze kolegów ściślejszych. *Prof. Blumenstok.*

Bunge: **O przyswajaniu żelaza** [1]).

Praca niniejsza odpowiada na pytania: w jakiéj formie ulega żelazo resorpcyi i asymilacyi śród normalnych warunków, oraz z czego tworzy się hemoglobina? W tym celu najlepiéj badać związki żelaza w mleku i żółtku, ponieważ i w jedném i w drugiém, jako w pokarmach pierwiastkowych, mieścić się musi materyjał do tworzenia hemoglobiny.

Wszystko żelazo żółtek jaj kurzych mieści się w części żółtek nierozpuszczalnéj w alkoholu i eterze ($^1/_3$ całkowitéj wagi suchego żółtka); musi ono tworzyć związek organiczny, skoro z pozostałości, nierozpuszczalnéj w alkoholu i eterze', wyciągnąć się daje zapomocą alkoholu z kwasem solnym. Metoda dla otrzymania owego nieznanego związku jest następująca: przez toczenie żółtek po papierze do filtrowania pozbawia się je śladów przylegającego białka, następnie wyciąga eterem. Pozostałość,nierozpuszczalna w eterze, rozpuszcza się zupełnie w bardzo rozcieńczonym kwasie solnym (1‰), zkąd powstaje płyn opalizujący i łatwo dający się filtrować, jeżeli 1‰ kwasu solnego użyto w znacznéj ilości. Przesącz jest zawsze mętnawy, nigdy nie bywa przejrzysty. Na sączku pozostają tylko odpadki i otoczki żółtek. Do przesączu dodaje się sztucznego soku żołądkowego (błona śluzowa żołądka wieprzowego, wytrawiona 2, 5‰ kwasem solnym). Przy zwykłéj temperaturze, nawet po dłuższém staniu, nie powstaje przez to żadna widoczna zmiana; płyn jednak mętnieje, jeżeli się go ogrzewa do temperatury ciała ludzkiego, przy czém powoli opada na dno osad prawie bezbarwny (słabo żółtawy). W tymto osadzie mieści się wszystko żelazo.

Dla skoncentrowania dodano do opalizującego roztworu w kwasie solnym zamiast soku żołądkowego taką samą ilość 2. 5‰ HCl i poddano temperaturze ciała ludzkiego. Nawet po kilkotygodniowém staniu nie powiększyło się zmętnienie. Zdaje się więc, że osad, zawierający żelazo, wydziela się z więcéj skomplikowanego związku przez działanie zaczynu.

Osad wypłukuje się najprzód 1‰ kwasem solnym, a potém wodą, poczém się go kilkakrotnie gotuje w alkoholu i wreszcie wyciąga eterem. Następnie rozpuszcza go się w amoniaku, filtruje i strąca przejrzysty filtrat alkoholem. Powstały ztąd osad, zawierający wszystko żelazo, przemywa się alkoholem, rozprowadza następnie w alkoholu i dodaje kwasu solnego aż do nastania wyraźnie kwaśnego odczynu. Wreszcie raz jeszcze przemywa się go alkoholem i gotuje dopóty, dopóki z filtratu nie znikną ślady chloru, a w końcu wytrawia, jeszcze eterem i przemywa tymże na filtrze, przyczém się cała masa skupia, staje jednorodną, a po ulotnieniu się eteru zupełnie przejrzystą, żółto-bronzową, usianą szczelinami i rozpada się wreszcie na oddzielne odłamy o ostrych brzegach. Po roztarciu tych odłamów otrzymuje się miałki, żółtawy proszek, który się suszy naprzód w próżni nad kw. siarkowym, a potém w suszarni przy 110°. W ten sposób z 200 żółtek ważących 2258 grm. otrzymano 34 grm., związku żelaza, który autor **hematogenem** nazywa. Że żelazo w powyższym preparacie nie mieści się ani w postaci soli, ani też białkanu, lecz tworzy związek organiczny, za tém przemawia fakt, że osad zawierający żelazo, wydzielił się z roztworu kw. solnego i że po dodaniu kropli $S(NH_4)_2$ do amoniakalnego roztworu otrzymanego preparatu, dopiero po upływie $^1/_2$ godz. następuje słabe, zielonkowate zabarwienie.

Roztwór hematogenu w żrącym potażu (KHO) jest żółtawy; po kilku dniach jednak wydziela się z roztworu część żelaza jako czerwono-brunatny osad tlenku żelaza, znacznie prędzéj przy podwyższeniu temperatury. Z roztworów amoniakalnych nie wydziela się tlenek żelaza nawet po kilku tygodniach ani przy zwykłéj temperaturze, ani po zagotowaniu. Za dodaniem do amoniakalnego roztworu żelasinku potasu i nasyceniu kwasem solnym opada zrazu biały osad, zabarwiający się powoli na niebiesko i o tyle prędzéj, o ile większy jest nadmiar kw. solnego i im kw. solny jest więcéj skoncentrowany. Za dodaniem do amoniakalnego roztworu Ferridcynkalium i kw. solnego osad pozostaje białym. Tym sposobem żelazo z otrzymanego związku wydziela się jako tlenek.

Oprócz Fe mieszczą się w hematogenie ślady Ca, Mg, i Cl, nadto Ph. w znacznéj ilości. Na podstawie stosunków rozpuszczalności hematogen zaliczyć wypada do grupy nukleinów. Dotychczas nie wykrywano w nukleinach żelaza, przypisać to chyba należy okoliczności, że dla otrzymania tychże rozpuszczano je kilkakrotnie w alkoholu i strącano kwasami, przyczém się Fe wydziela w postaci tlenku, zwłaszcza z roztworów w alkaliach i przy podwyższonéj temperaturze

Wyniki analizy elementarnéj hematogenu zawarte są w następującéj tablicy:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Śred.
C	42·20	42 01	—	—	—	—	—	—	—	42.11
H	6·02	6·13	—	—	—	—	—	—	—	6·08
N	—	—	14·63 (v. k.)	14·82 (D)	—	—	—	—	—	14·73
S	—	—	—	—	—	—	—	0·54	0·55	0·55
P	—	—	—	—	5·17	5.17	5·20	5·23	—	5·19
Fe	—	—	—	—	0·287	0.291	—	—	—	0·29
O	—	—	—	—	—	—	—	—	—	31·05

Jeżeli hematogen tworzy oddzielny związek chemiczny, to w takim razie związek ten jest najwięcej złożony ze wszystkich dotychczas znanych. Stanowi on bezwątpienia materyjał do wytwarzania się hemoglobiny; musi jednak wtedy w odszczepionéj drobinie, zawierającéj żelazo, nastąpić głębiéj sięgające przemieszczenie się atomów, przyczém żelazo przechodzi ze stanu związku luźnego do bardzo trwałego. Analogija pomiędzy wynikami rozbiorów nukleiny, hematogenu i hemoglobiny jest uderzającą.

Na podstawie dalszych badań nad zawartością żelaza w mleku i roślinach (*Cerealia, Leguminosa*) twierdzić można, że pokarm nasz nie zawiera wcale nieorganicznych związków żelaza. Żelazo znajduje się w naszym pokarmie tylko w postaci złożonych organicznych związków, które powstają przez proces życia rośliny. W formie téj żelazo ulega wessaniu i przyswaja się; ze związków powyższych tworzy się **hemoglobina**.

Badania autora stoją niby w sprzeczności [1]) z faktem [2]),

[1]) Na znakomitą tę pracę dorpackiego fizyjologa zwracamy szczególniejszą uwagę pp. klinicystów i lekarzy praktykujących.
Przyp. Spraw.

[1]) Zdaniem naszém nietylko że sprzeczności żadnéj tu nie ma, ale nawet mieści się ważny argument przeciwko skuteczności w ogóle nieorganicznych związków żelaza w bladaczce. To co v. Bunge wykazał, jest faktem, niedającym się obalić, to co z faktu wysnuł, czeka tylko na dalsze potwierdzenie, spostrzeżenia terapeutów są tylko hypotezą, na empiryzmie opartą, stojącą

że nieorganiczne związki żelaza przyspieszają tworzenie się hemoglobiny u chlorotycznych. Sprzeczność ta jest jednak tylko pozorną, gdyż możnaby w takim razie przypuścić, że nieorganiczne sole żelaza zabezpieczają w odpowiedni sposób organiczne związki żelaza od rozkładania się w kiszkach. Analogije w tym względzie są liczne, ogólny ich wyraz mieści się w t. zw. prawie „działania mas“ Berthollela. Nadto preparaty żelaza mają być skuteczne tylko w chlorozie, ale nie w innych formach niedokrewności. Symptomatologija chlorozy (zaburzenia w trawieniu i t. d.) potwierdza tylko tę hypotezę; są bowiem wtedy w kanale pokarmowym wszelkie dane dla rozkładania się hematogenu. Sprzyjają temu w szczególności siarczki alkaliów. Wytwarzają się one w kiszkach z soli siarczanych pod wpływem wodu, wywiązującego się przy kwaśnéj, masłowéj fermentacyi. Tę ostatnią wywolują zaczyny, dostające się do kiszek, gdy wydzielanie kwasu solnego w żołądku nie jest dostateczne. Przy procesie tym jednak nieorganiczne związki żelaza muszą pierwéj połączyć się z siarką, zanim ta ostatnia podziała na organiczne związki żelaza. Zdanie to znajduje poparcie w pomyślniejszych wynikach leczenia bladaczki za pomocą kwasu solnego, aniżeli za pomocą żelaza. (*Zeitschr. für physiolog. Chemie IX p. 49 etc. 1885*). *St. Szcz. Zaleski.*

Charcot: **O odosobnieniu w leczeniu macinnicy.**

Na jednym z wykładów klinicznych przedstawił Charcot trzy ciekawe przypadki macinnicy u dzieci należących do jednéj i téj saméj rodziny. Dziewczynka 13-letnia, najstarsza z rodzeństwa, nabawiła się choroby skutkiem wykonanych na niéj doświadczeń z zakresu spirytyzmu, przy których służyła jako medium. Pod koniec doświadczeń, trwających bezustannie przez 10 godzin, pojawiły się u niéj drgawki, które odtąd powtarzały się 15 do 20 razy na dzień. Po 6 tygodniach najmłodszy brat z rodzeństwa, lat 11 liczący, poszedł, rzec można, za przykładem swéj siostry, a w ślad za nim, w dwa dni późniéj, także brat starszy. Odtąd wtórowali obaj bracia każdemu napadowi drgawkowemu siostry.

Za nieodzowny warunek w leczeniu téj małéj epidemii macinnicy uznał Charcot odosobnienie chorych nie tylko od ich rodziców, lecz także między sobą. Rodzice musieli zarazem przyrzec, że nie zechcą wcześniéj odwiedzić swych dzieci, nim nie dostaną w tym względzie wyraźnego pozwolenia. Wprawdzie nie omieszkano podawać wspomnianym chorym środków żelezistych i gorzkich, uwzględniając ich wątłość i niedokrewność, leczenie jednak to miało cechę tylko leczenia pomocniczego, gdy tymczasem głównym czynnikiem leczniczym był jedynie czynnik psychiczny, polegający na odosobnieniu chorych. Po 6 tygodniowym pobycie w szpitalu polepszył się znacznie stan wszystkich trojga dzieci. Najmlodszy brat nie miał już od 15 dni żadnego napadu, mimo tego że już widział się z rodzicami i najstarszą siostrą. W obec tego może być już uważanym za wyleczonego. Brat starszy, jakkolwiek nie ma od kilku tygodni owych wielkich napadów drgawkowych, doznaje jeszcze od czasu do czasu zawrotu głowy, podobnego do jednéj z form zawrotu padaczkowego. Zawroty te, które Charcot zwykł określać nazwiskiem „*petit mal hystérique*“, mijają obecnie bardzo szybko, a w ostatnich 15 dniach pojawiły się tylko 2 razy. U najstarszéj siostry zmniejszyły się znacznie napady drgawkowe tak pod względem ilości, jakoteż jakości. Podczas bowiem gdy przed miesiącem jeszcze pojawiały się napady godzinę trwające 4 do 5 razy na dzień, wystąpiły w ostatnim tygodniu tylko 2 razy, były mniéj gwałtowne i trwały niespełna kwadrans. Z licznych obszarów, z których można było wywołać napad histeryczny, pozostała tylko okolica jajników, a ślepota, poprzednio bardzo wybitna, ustąpiła zupełnie od 10 dni. Wreszcie dodać należy, że obecnie może chora znajdować się w towarzystwie braci bez obawy pojawienia się napadu macinniczego. (*Le Progrès médical* 1885, Nr. 9). *Dr. Prus.*

Ostatnie prace w sprawie znaczenia wahań Schultzego dla medycyny sądowéj.

(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

W ostatnich czasach ogłosił Nobiling (w *W. Med. Woch.* Nr. 8 z rb.) przypadek dziecka nieżywo urodzonego, donoszonego, u którego daremnie wahaniem starał się wpędzić powietrze do pluc. Przyczyny tego niepowodzenia nie umiał sobie wytłumaczyć.

Przypadek ten, jak wiele podobnych, skłoniły Hofmanna do roztrząśnienia dotąd znanych tłumaczeń, udaremniających przystęp powietrza do pluc po forsownych wahaniach. Wnet też ukazała się jego praca pod tytułem „*Weiteres über den Effekt Schultzescher Schwingungen u. analoger Vorgänge.*“ *Wiener Med. Woch.* Nr. 10, 1885) w obec któréj może lekarz sądowy nabrać nieco świeżéj otuchy i zaufania do próby hydrostatycznéj.—Autor przytacza sekcyję kobiety brzemiennéj, z któréj łona płód wyjęty 43 cm. długi, służył do doświadczenia. Do przeciętéj tchawicy wprowadził H. rurkę szklaną, zagiętą pod kątem prostym i ustalił ją kilku szwami. Po dwunastu wahaniach, według znanych prawideł, pokazało się przy sekcyi, że płuca były zupełnie bezpowietrzne. Dla ostrożności, aby ktoś nie zarzucił, że dalsze drogi oddechowe mogły być zatkane, wydął H. rurką jedno płuco, co bez przeszkody dało się uskutecznić. Ztąd wnosi, że drożność tchawicy nie koniecznie prowadzi do pożądanego celu, że zatém nie wyłącznie jéj wiotkość u płodów niedonoszonych wstrzymuje wtargnienie powietrza. Ze względu zaś, że płuca dały się wydąć z łatwością, nie można szukać przeszkody w zatkaniu oskrzeli. Wypada więc przypuścić, że wahania nie powiększyły pojemności klatki piersiowéj. Schultze tłumaczył ten objaw miękkością klatki piersiowéj u płodu niedonoszonego, lecz jakże wtedy da się zrozumieć obecność powietrza w płucach dzieci żywo urodzonych w 30tym a nawet 25tym tygodniu ciąży? Zostają jeszcze dwie możebności: albo wahaniem nie da się naśladować mechanizm oddechania dobrowolnego, a jeżeli rzecz się ma przeciwnie, to wahania nie są w stanie pokonać oporów stojących w drodze powiększeniu pojemności klatki piersiowéj i napełnieniu pluc powietrzem. Co do pierwszego to dziwić się trzeba, że mimo tak trudzącego naśladowania dobrowolnych ruchów oddechowych, jak to Schultze dowodzi o metodzie wahań, zostało bez efektu tyle przypadków Hofmanna, Nobilinga, Torgglera a nawet Rungego i innych.—Przeszkody mogące pochodzić ze stężenia pośmiertnego lub maceracyi i gnicia, wyklucza Hofmann stanowczo w ostatnim przypadku. Pozostaje jeszcze do uwzględnienia drugie pytanie, tj. opory tamujące aspiracyję.

Herman i Keller zwracają uwagę na okoliczność, że ściany próżnych pęcherzyków plucnych muszą bezpośrednio przylegać do siebie. Dla pokonania wynikłéj ztąd pewnéj siły

nadto w sprzeczności z pozytywnemi danemi nauki, jak np. że nieorganiczne związki żelaza resorpcyi wcale nie podlegają. *Przyp. Spraw.*

[2]) Według nas — tylko hypotezą. *Przyp. Spraw.*

przyczepności, trzeba użyć o wiele znaczniejszego parcia śród wydymania płuc, niż w takich razach, gdzie zetknięciu się ścian pęcherzyków przeszkadzają choćby minimalne ilości powietrza. Musimy tu daléj uwzględnić znaczniejszą elastyczność miąższu płucnego, jako jednego z głównych czynników, którym sobie tłumaczymy bezpowietrzność płuc u dzieci, które już nawet kilka dni oddechały. Wreszcie nie bez znaczenia jest wydechowe ustawienie klatki piersiowéj i podtrzymywanie jéj w tém położeniu własną sprężystością, na co Schultze kilkakrotnie zwracał uwagę a co Bernstein objaśnił doświadczalnie.

W obec tych trudności i przeszkód, tamujących pomyślny wynik wahań, o jakie krok w krok utykamy, w obec wielkiéj wprawy i ćwiczenia, jakiego wymaga Schultze dla swéj metody, a wreszcie choćbyśmy i pomyślny rezultat osiągnęli po wahaniach, to w obec zmiennych stosunków w zabarwieniu, ilości i rozdzieleniu powietrza takich płuc, w porównaniu z płucami, które oddechały, daje Hofman słuszną odprawę Rungemu, jakoby znaczenie próby Schreiera zachwiać się miało w skutek stósowania metody wahań Schultzego.

Doświadczenia, na małym wprawdzie materyjale robione w tutejszym zakładzie sądowolekarskim, przemawiają za tém, że, jakkolwiek nie zawsze, jednak przy należytéj wprawie postępując według wskazówek Schultzego można wpędzić powietrze do płuc niedodmowych i napełnić je w znacznéj części powietrzem; w jednym przypadku, u dziecka prawie donoszonego, przy sekcyi matki z macicy wydobytego, po kilkudziesięciu wahaniach płuca tak dalece wypełniły się powietrzem, że nie tylko barwą znacznie jaśniejszą różniły się od niedodmowych, ale rzucone do wody pływały. Mimo to jednak, nie odmawiając metodzie Schulzego znaczenia pod względem cucenia dzieci zamartwiczych, z przyczyn w tygodniku naszym już kilkakrotnie wyłuszczonych nie możemy jéj przyznać własności próbę płucną Schreiera osłabiającéj.

A. Ślusarczyk.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

Sekcyja lwowska

II. zwyczajne naukowe posiedzenie d. 21 lutego 1885.

Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 24.

Przewodniczący donosi, że otrzymał od rodziny śp. Dra T. Żulińskiego list z podziękowaniem za uczczenie zmarłego przez grono lekarzy lwowskich.

Z porządku dziennego następuje dyskusyja nad odczytem kol. Piska. Kol. Widmann zaznacza przedewszystkiém swe stanowisko względem leczenia jodowego duru, zgodnie z krytycznemi poglądami prelegenta, nadmienia daléj, że sposób zalecany przez Dra Jeleńskiego nie jest nowym, i że nie może sobie rościć pretensyi do ścisłości, gdyż jest połączeniem dotychczas używanéj antypyrezy, względnie hydroterapii, z leczeniem za pomocą jodku potasu. Autor nie porzucił użycia wody, a tém samém o wyłącznem leczeniu jodem i o przypisywaniu skutków korzystnych jodowi nie można mówić na podstawie dat przez Dra J. przytoczonych. — Kol. Widmann w ciągu swéj 16-letniéj praktyki używał w leczeniu duru brzusznego kolejno i w licznych przypadkach wszystkich zalecanych sposobów, i obecnie używa obok miernych dawek chininu, leczenia wodą, rzecz oczywista z pewnemi ostrożnościami. Jako istotną korzyść tego, obecnie zresztą przeważnie przez ogół lekarzy używanego, sposobu, uważa jedynie tylko skrócenie rekonwalescencyi, gdyż jak dotąd saméj choroby, a względnie jéj czasu trwania, żadnym środkiem skrócić nie możemy. Do kąpieli używa tylko wody letniéj (24°R.) i to kąpieli po pas, przyczém szczególniejszą uwagę zwraca na nacieranie nóg pod wodą i zlewanie górnéj połowy ciała (wodą zimniejszą, gdy chory zbyt odurzony) obok nacierań, a to ze względu na istniejące zwolnienie ogólnego obiegu krwi. Ten sam cel, to jest sprowadzenie żywszego obiegu krwi, upatruje w krótkotrwałém oprowadzaniu chorego. Urządza to jeszcze w ten sposób, że chorego w innym pokoju znajdującego się każe do kąpieli dwom dozorcom pod ręce prowadzić. Jako przeciwwskazania do kąpieli uważa tylko krwotoki czynne. Uważa za zbyteczne obszerniéj rozwodzić się nad wielką doniosłością środków czyszczących, z których szczególniéj w każdym okresie duru zaleca olej rącznikowy. Zastrzega się wszelako, jakoby był zwolennikiem forsownego doprowadzania pokarmów w téj postaci, jak to np. Nothnagel zaleca, to jest przez podawanie znaczniejszéj ilości żółtek z jaj. Wyłuszcza, dla czego w tym względzie trzeba być ostrożnym i w końcu przedstawia następującą tabliczkę statystyczną, nadmieniając, że od r. 1878 używa wyłącznie antypyrezy (względnie hydroterapii). Leczył chorych na dur brzuszny

w r.	leczył chor. z dur. brz.		czas leczenia w dniach	przeciętnie leczony jeden chory	procent śmiertelności
1876	46 chor.	(umarło 6)	860 dni	28 dni	16 %
1877	109 chor.	(umarło 11)	2398 dni	22 dni	13 %
1878	65 chor.	(umarło 2)	1847 dni	28·1 dni	3·07 %
1879	65 chor.	(umarło 4)	1429 dni	22·1	6·154 %
1880	52	(umarło 5)	971	18·6	9·6 %
1881	96	(umarło 6)	1430	14·79	6·35 %
1882	122	(umarło 4)	2439	20	3·27 %
1883	67	(umarło 7)	1285	19	10·4 %
1884	117	(umarło 13)	2230	19·2	11·11 %
Razem	739	(umarł 68)	14889	20·7	8·31 %

Przyczyny korzystnych wyników leczenia nie upatruje kol W. wyłącznie w antypyrezie (względnie hydroterapii), ale i w tém, że i epidemije duru brzusznego w przeważnéj części były dosyć łagodne, o tém również trzeba zawsze pamiętać, chcąc ocenić wartość środka leczniczego w ogóle w chorobach zakaźnych, podobnie ma się rzecz i z jodkiem potasu zalecanym przez Dra Jeleńskiego. — Kol. Krzeczunowicz obserwując od lat 40 wyniki pojedyńczych metod leczniczych w chorobach infekcyjnych w ogólności, a w durze brzusznym w szczególności, przychodzi do wniosku, że wyniki leczenia tych chorób przedewszystkiém zależą od nasilenia epidemii, sposób leczenia zaś, choć jest ważny, odgrywa drugorzędną rolę. Zastanawia się daléj obszernie nad tém, że podczas gdy w pierwszych latach wprowadzenia ścisłéj hydroterapii i antypyrezy przez Branda i Jürgensa procent śmiertelności spadł jak twierdzono z 16% na 4%, to taż sama śmiertelność z duru brzusznego wzrastała potém niemal z każdym rokiem tak, że dziś niestety tych nadzwyczajnych skutków nie widać. Nie przeczy jednak, że dziś używane sposoby są najracyjonalniejsze i względnie najlepsze dają wyniki. Uwagi swe popiera licznemi argumentami. Co do hydroterapii duru brzusznego uważa zawijania na 3 lub 4 zawody po 20 minut trwające za wystarczające i w wielu przypadkach duru za nader pożyteczne. Wreszcie zwraca uwagę na zmiany w jamie brzusznéj wśród duru brzusznego, które wymagają szczególniejszéj pieczołowitości lekarskiéj, wykazując przytém szczegółowo zbawienny wpływ takiego postępowania. — Kol. Różański zgadza się w zasadzie na dziś powszechnie używane sposoby leczenia w durze, zwłaszcza uważa nacierania za mogące wywrzeć nader zbawienny wpływ. — Kol. Laskiewicz nie może odmówić jodowi pewnéj racyi w leczeniu niektórych zmian anatomicznych durowi właściwych, np. zmiany w mózgu, w oponach itd., sądzi więc, że zakres skuteczności przez prelegenta jodowi przyznany jest zbyt szczupły, zastrzega się jednak przeciw uogólnieniu leczenia duru brzusznego jodem. — W odpowiedzi stwierdza kol. Pisek korzystne wyniki leczenia duru brzusznego antypyrezą z należytém uwzględnieniem właściwości osobniczych chorego, jak niemniéj korzystny wpływ tych napozór nieznacznych, a istotnie ważnych, zabiegów leczniczych, o których wspomniał kol. Widmann. Szczególnie oprowadzania chorych mogą wywrzeć zbawienny wpływ na uregulowanie krążenia krwi przez usuwanie przeszkód dla czynności serca, zwłaszcza, że ruchy chorych przytém są więcéj bierne niż czynne, przytacza szczegóły pod tym względem z pracy Hillera, przypomina *am.*

bulatory treatment w morfinicy, gdzie przez oprowadzanie zapad nie zwiększa się, a więc osłabiona czynność serca nie może w tym razie być uważaną jako przeciwwskazanie. Co do jodku potasu i jego skuteczności oświadcza, że dziś w obec nieuprzedzonego lekarza ma jod nieliczne bardzo i dość ścisłe wskazania, nie jak dawniéj, kiedy nieraz brano *post hoc ergo propter hoc* i przypisywano jodowi skuteczność w nader licznych chorobach. Wykazując następnie szczegółowo zmiany anatomiczne skutkiem duru brzusznego powstałe, które są zwyrodnieniami miąższowemi, sądzi że w obec nich stosowanie jodu nie da się usprawiedliwić. Z tego co wiemy pewnego o skuteczności jodku potasu, wprost przeciwne wyłaniają się wskazania, a Dr. Jeleński zalecając jodek potasu na innych opiera się podstawach teoretycznych. W tém rozumieniu jak kol. Laskiewicz chce widzieć używanym jodek potasu chyba tylko przy obrzękach podurowych przewłocznych, znalazłby lek ten usprawiedliwione zastosowanie; do téj grupy należałyby może i obrzęki gruczołowe czyli nacieki rdzeniaste w 2im tygodniu duru, nie jestto jednak leczenie duru. Co do pielęgnowania jamy ustnéj, o czém wspomniał kol. Krzeczunowicz, przypomina dawniejszych lekarzy, którzy jak tego dowody mamy w pismach, byli pod tym względem bardzo skrupulatni, i całkiem słusznie, jak to niedawno wykazał Dr. Kaczorowski w swéj pracy.

Następuje z porządku dziennego wykład kol. prof. Czyżewicza: O poronieniach.

Z gruntownego i zajmującego wykładu podaję na teraz tylko główniejsze myśli, na wniosek bowiem kol. Różańskiego ma kol. Przewodniczący prosić prelegenta, aby wykład ten w całości umieścił w Przeglądzie Lekarskim dla większéj korzyści kolegów, zwłaszcza tych, którzy na wykładzie obecnymi być nie mogli.

Punktem wyjścia dla wykładającego był podział praktyczny poronień na:

1) dział poronień wczesnych, gdzie łożysko nie jest jeszcze rozwiniętém, a zatém, aż mniéj więcéj do miesiąca czwartego, i na

2) poronienia w późniejszym okresie ciąży.

Następnie określił prelegent poszczególne pojęcia, objawy i przebieg, ze szczególniejszém uwzględnieniem zwykłych, w praktyce codziennéj napotykanych, przypadków, w obec których szczególniejszą rolę odgrywa obojętność chorych na krwawienia. Omówiwszy szczegółowo leczenie tych poronień okresu wczesnego, wykazawszy jak trudno, a często wręcz niemożebnemi, do wykonania są przepisy książkowe, przystępuje do wykazania zalet sposobu w najnowszych czasach używanego, t. j. wyłyżeczkowania za pomocą łyżeczki zwanéj *curette*. Przedstawiając zgromadzonym odnośne narzędzia, wykazuje wielką ich doniosłość w praktyce ginekologicznéj w poszczególnych przypadkach. Wyczerpująco przedstawia korzyści, motywując każdy szczegół i wskazując równocześnie możliwe usterki. Następnie przechodzi do drugiego działu poronień. Po dokładném określeniu i opisaniu objawów chorobowych towarzyszących tym objawom poronień, zastanawia się nad leczeniem następowém. Szczegółowo omawia przypadki, w których pozostałe resztki błony doczesnéj stanowią punkt wyjścia dla groźnych spraw gnilnych; wykazuje nadzwyczajną doniosłość łyżeczki (*curette*) w tych przypadkach i podaje szczegółowo ścisłe wskazówki, kiedy i jak wykonywać łyżeczkowanie. Szczególniejszą uwagę poświęca następowym przepłukiwaniom macicy, podając i pod tym względem szczegółowe wskazówki. Przykładami z własnéj praktyki popiera swoje teoretyczne poglądy, wykazując, że nieraz i w przypadkach na pozór straconych *curettement* może stan choréj *cum sepsi* poprawić, dodaje wreszcie, że jestto zabieg operacyjny nieszkodliwy, jeżeli tylko w sposób należyty i prawidłowy wykonanym zostanie.

W dyskusyi zabiera głos kol. Lech podnosząc możliwe niekorzystne następstwa łyżeczkowania, kol. Stroynowski zaś upatruje szczególniejsze korzyści z *curettement* w poronieniach t. zw. „zbrodniczych“, nadto podnosi trudności łyżeczkowania w obec *retroversio uteri*. Kol. Czyżewicz w odpowiedzi zaznacza, że w obec *retroflexio* lub *versio uteri* istotnie rzecz o wiele odmienniéj się przedstawia i że o tym przedmiocie zamierza innym razem pomówić. *Dr. Wiktor.*

Sprawozdanie z walnego posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego

z dnia 19 Grudnia 1884.

Obecni z zamiejscowych kol. Kube z Kostrzyna i Cieślewicz ze Strzelna, z miejscowych: koledzy: Zielewicz, Koszutski, Koehler, Buski, Jarnatowski, Stan. Jerzykowski, Kapuściński, Grodzki, aptekarz p. Jagielski i sekretarz.

W nieobecności przewodniczącego zagaja posiedzenie ostatni i wzywa zgromadzonych do wyboru przewodniczącego, którym wybrany został Dr. Kube. Tenże wspomina w kilku słowach o śmierci ś. p. radzcy Freudenreicha i wzywa zgromadzonych do oddania przez powstanie czci cieniom zgasłego kolegi, co też nastąpiło.

Sekretarz odczytuje pismo Tow. Lek. Warsz. zapraszające Sekcyję lekarską do wzięcia udziału w uroczystości 25-letniego jubileuszu prof. Henryka Hoyera i proponuje, aby w braku delegata wysłać odpowiedni telegram, co też uchwalono i sekretarzowi uczynić polecono.

Wreszcie wspomina sekretarz o wyjściu książki jubileuszowéj zbiorowéj na cześć prof. Szokalskiego i poleca kolegom nabycie tejże. Czysty dochód przeznaczony na rzecz warszawskiéj Kasy wsparcia wdów i sierót po lekarzach pozostałych.

Po załatwieniu tych przedwstępnych spraw przystąpiono do rozpraw nad chorobami nagminnie panującemi, przyczém zabierali głos następujący koledzy:

Kol. Kube wspomina, że w bieżącym roku napotkał aż 36 przypadków zapalenia opon mózgordzeniowych, z których 12 zakończyło się śmiercią, a na zapytanie kol. Koszutskiego, w jakimto czasie choroba ta panowała, odpowiada, że w lipcu i sierpniu.

Kol. Jarnatowski zwraca na to uwagę, że kilka chorób nagminnych w bieżącym roku po sobie następowało; i tak najprzód żarnice (odra) a teraz po ustąpieniu szkarlatyny pojawia się epidemicznie zapalenie gardła z gorączką trwającą 3—4 dni. Kol. J. skłonny jest przypisać téj chorobie także znamię cierpienia nagminnego. Kol. Kube sądzi, że zapalenia rzeczone były następstwem lekkiéj szkarlatyny, a jako dowód przytacza, że w podobnych razach, które także widywał, spostrzegał następne zapalenie nerek.

Kol. Cieślewicz mówiąc o chorobach panujących w okolicy Strzelna, podnosi pewien rodzaj następstwa chorób nagminnych, i tak: na wiosnę walczył z durem, który tam co rok powraca, potém nastała latem ospa, po jéj wygaśnięciu biegunka, która trwała do października, a wszystkie dzieci ostatnią chorobą dotknięte umarły. Obecnie panuje dyfteryja i kilka przypadków zapaleń opon mózgordzeniowych.

Kol. Zielewicz zwraca uwagę na ważność sprawy ospy, która pojawiła się teraz w okolicy Torunia i na pograniczu Królestwa, a latem była już w okolicy Strzelna. Co do zapalenia gardla, które nie jest niczém nadzwyczajném w czasie epidemii, to nie przyznaje mu znamion nagminności. Czasem widzi w takich zapaleniach maleńkie punkcikowe złogi, jakby dyfteryjne, lecz nie przywięzuje do tego żadnéj wagi. Kol. Kube przypuszcza, że zapalenia gardla epidemicznie pojawiające się, mają cechę gośćcową i ustępują łatwo po zażyciu salicylu. Kol. Jarnatowski pozostaje przy swém twierdzeniu, że tu chodzi o nagminną chorobę gardła, gdyż częstokroć z jednéj i téj saméj familii kilku członków i to po sobie na nią zapada. Jerzykowski skłania się do zapatrywań kol. Jarnatowskiego. U dzieci małych mianowicie występuje owo zapalenie gardła z lekką szkarlatyną, krótkotrwającą i objawiającą się rumieńcem na twarzy, a czasem i białkiem w moczu. Koszutski podobne uważał przypadki, lecz nie zalicza ich do szkarlatyny, która zresztą częstokroć w bardzo lekkiéj postaci pojawia się i mija już po jednym lub kilku dniach, a tylko gdy zaniedbana, wytwarza późniéj groźniejsze objawy. Zresztą spostrzega także dużo przypadków żarnic i sądzi, że choroba ta rozprzestrzenia się głównie w szkółkach Freblowskich. Daléj widuje przypadki ostrego gośćca stawowego.

Po wyczerpaniu tego przedmiotu, przystąpił kol. Koehler do wygłoszenia swego odczytu: „Obecny stan patologii i terapii chorób nosa“ (Umieszczony został odczyt ten w Przeglądzie Lek.).

Do rozpraw nad odczytem powyższym zabierają głos: Kol. Jerzykowski, który twierdzi, że owrzodzenie w jamach nosowych,

czyli tak zwana ozena, zawsze ma kiłę za podstawę. Zdaniem Wicherkiewicza ostry nieżyt jam nosowych przechodzi bardzo często z jednéj strony przez przewód łzowy na spojówkę, z drugiéj strony przez trąbkę Eustachego do ucha środkowego, wywołując w jednym i w drugim przypadku groźne nieraz objawy, a niewłaściwém byłoby wtenczas leczyć te wtórorzędne nieżyty, zaniedbując pierwotnego stanu chorobowego. Do pokonania ostatniego używa W. z korzyścią od wielu lat, 1 lub 2% saletranu srebra, który w hojnéj ilości wpuszcza za pomocą zakrapiacza do jam nosowych przy mocno przechylonéj głowie. Rozczyn ten w zwykły sposób stosuje równocześnie i do oka, jeżeli zaś chodzi o nieżyt ucha środkowego, natenczas wprowadza cewnik, wkrapla weń rozczyn saletrzany i dmuchawką ostrożnie wpędza go do ucha. Leczenie to prawie nigdy nie zawodzi. Co do ozeny, to nie zgadza się W. na zapatrywanie wypowiedziane przez prelegenta, jakoby ozena po 50 roku życia sama bez leczenia ustawać miała. Ze względu na niebezpieczeństwa grożące operowanemu oku ze strony cierpień nosa, a mianowicie ozeny, baczną zawsze na nią zwracając uwagę, często spotyka ją i po 50 i po 60 roku życia. Zresztą wstrętna woń najłatwiéj daje się usuwać przez zadmuchiwania do nosa jodoformu, a w wielu nawet razach jodoform zupełnie usuwa cierpienie. Kol. Koehler zauważa, że nie zawsze ale często po 50-tym roku ozena sama ustaje. Jest ona zresztą zawsze kiłową. Kol. Zielewicz porusza kwestyję wziernika nozdrzowego, z którym rinologowie zawsze jeszcze uporać się nie mogą. Wziernik Jurasza przez Koehlera zachwalany, nie zezwala dostatecznie odkryć tylnych części jam nosowych. Prelegentowi należy się wdzięczność za poruszenie śluzotoku rzeżączkowego Sterna, uważanego zazwyczaj za chorobę polską, pochodzącą z niechlujstwa. Kol. Koehler dał monopol galwanokaustyce, która jednakże nie może być jedynym środkiem, i tak w *rhinitis hyperplastica*, w skutek nadużywania owego środka, w wielu przypadkach następuje pogorszenie. Natryski Webera ze względu na niebezpieczeństwo grożące nie są polecenia godne. Kol. Koehler przemawia powtórnie za wziernikiem Jurasza, który, zdaniem jego, znajduje się w rękach prawie wszystkich rinologów, a tylko przy operacyi, gdy przezeń zajęte są obie ręce, nie jest praktycznym. Co do galwanokaustyki, to rokuje jéj Koehler wielką przyszłość, jeżeli tylko umiejętnie jest zastósowaną. Wicherkiewicz zwraca uwagę na to, że natrysk Webera nie wtenczas staje się niebezpiecznym, gdy zamiast słonéj używamy czystéj wody, lecz z powodu zbyt wielkiego nieraz nacisku, pod którym chorzy, chcąc dobrze wypłukać nozdrza, wpuszczają wodę. W. kazał sobie zresztą przed kilku laty u Windlera w Berlinie sporządzić sikawkę, przy pomocy któréj wystrzykuje jamę nosową z tyłu ku przodowi, a równocześnie zastrzyknąć może płyny nieobojętne, ochraniając miejsca zdrowe przełyku. Ponieważ zakładanie wziernika sprawia zwykle dość znaczne przykrości choremu, a u nerwowych osób napotyka nawet na trudności, przeto wypada użyć środków znieczulających, a pod tym względem budzi nadzieję nowy środek kokain, o którym na przyszłém posiedzeniu Wicherkiewicz mówić zamierza, teraz zaś *anticipando* nadmienia, że środek ten w okulistyce wszelkim odpowiada oczekiwaniom. — Kol. Kapuściński opowiada przypadek bardzo groźnego zapalenia ucha środkowego z przebiciem błon bębenkowych wywołanego zbyt silném zastósowaniem natrysku Webera.— Kol. Koszutski wspomina o poleconéj oliwie *à double courant*.— Kol. Jerzykowski chorując sam na *rhinitis*, robił doświadczenia na sobie i przestrzega przed użyciem sikawek podnosząc. że woda zimna, wstrzyknięta do nosa, sprawia silny ból.— Kol. Cieślewicz widywał często u Webera, jak stósowano natrysk, do czego używano tylko letniéj czystéj wody, a głowę chory musiał przytém pochylić jak najniżéj ku przodowi.— Kol. Zielewicz wspomina o przypadku, którego sobie ostatecznie nie umie wytłumaczyć. Z Kostrzyna zgłosił się do niego młody człowiek, skarżąc się na krwotok bardzo obfity z nosa. Ilość utraconéj krwi wynosiła czasem szklankę i więcéj. Radził się rozlicznych lekarzy. lecz nigdy nie doznał ulgi. Chłopiec ten zapewniał, że nie pochodzi z rodziny krwawców. Kol. Zielewicz przypalił galwanokaustycznie błonę śluzową i odesłał chłopca, który go od czasu do czasu znowu odwiedza, do domu. Krwotok ten, raz z jednego, to znowu z drugiego pochodzi nozdrza. Pewnego czasu kol. Zielewicz dostrzegł na błonie nosa punkt, który przy najlżejszém dotykaniu zawsze krwawi.—Kol. Koehler mniema, iż chodzi tu niezawodnie o naczyniak, a kol. Kube, który dowiedziawszy się od Zielewicza o nazwie pacyjenta przypomniał go sobie i twierdzi, że chłopiec ten w rzeczywistości pochodzi z rodziny krwawców.

Drugi odczyt zapowiedziany przez kol. Osowickiego nie przyszedł do skutku, ponieważ prelegent, dotknięty przykrym ciosem familijnym, nie mógł na posiedzeniu być obecnym.

W końcu kol. Kapuściński wyraża jako delegat Towarzystwa na uroczystości jubileuszowéj prof. Szokalskiego podziękowanie w imieniu jubilata za przesłany adres i telegram.

Sekretarz przedkłada nadesłany Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, poczém posiedzenie o $8^1/_2$ zamknięto. *Dr. B. Wicherkiewicz.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 15—21 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 45,4. Z płonicy umarło 2 (0 z. t.); z błonicy 0 (2 z. t.); z róży 0 (1 z. t); z zapalenia płuc 17 (15 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach odry, 1 płonicy, 1 błonicy, 1 krztuśca, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 8—14 marca umarło w Londynie z ospy 22, leczyło się w szpitalach 990, świeżo zapadło 113. Po 1 umarło z ospy w Kopenhadze, Wenecyi, Aleksandryi, po 3 w Pradze i Manchester, w Odesie 4, w Warszawie i Kalkucie po 6, w Bazylei 7, w Rzymie 9, w Wiedniu 12. Z duru osutkowego umarło w Londynie 2, w Petersburgu 1. Odra panuje w Stokholmie. Z cholery umarło w Kalkucie (od 18—24 stycznia) 10, w Bombayu (od 4—10 lutego) 9.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 8—14 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 36,6; w Warszawie 28,6; w Poznaniu 19,3; w Wiedniu 32,2; w Pradze 31,1: w Berlinie 23,3; w Wrocławiu 28,6; w Gdańsku 29,7; w Hamburgu 26,1; w Mnichowie 35,4; w Dreźnie 28,4; w Lipsku 25,5; w Bazylei 21.2; w Brukseli 21,5; w Amsterdamie 30,9; w Hadze 29,4; w Paryżu 25,3; w Londynie 21,4; w Kopenhadze 23,6; w Stokholmie 33,4; w Chrystyjanii 23,2; w Petersburgu 34,7; w Odesie 30,8; w Rzymie 29,8; w Wenecyi 35,0; w Bukareszcie 28,1; w Aleksandryi 36,0; w Nowym Yorku 29,3; w Filadelfii 26,4; w Bombayu 28,7; w Madrasie 43,0. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9 kwietnia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego Dr. Prus, asystent przy zakładzie patologii doświadczalnéj, miał wykład w numerze przeszłym zapowiedziany.

* Ś. p. Dr. Tadeusz Żuliński a Towarzystwo przeciw nadużyciom palenia tytoniu we Francyi. W obec zastraszającego wzmagania się ilości zużywanego tytoniu i wynikających ztąd szkodliwych wpływów na społeczeństwo, zawiązaném zostało w Paryżu Towarzystwo p. n. *Societé contre l'abus du tabac*. Pole działania tego Towarzystwa jest przedewszystkiém naukowe. Ogłasza téż ono rok rocznie konkursy mające na celu wykazywanie szkodliwości palenia i zapobieganie szerzeniu się tego nałogu. Liczba członków Towarzystwa z każdym rokiem wzrasta we wszystkich warstwach społeczeństwa francuskiego a Towarzystwo pochlubić się już może całym szeregiem naukowych prac zgodnych z jego celami, że wymienimy tu tylko prace Drów H. A. Depierris, Bodros, Coustan, Jacquemart, Gustave Le Bon, Blanchet i wielu innych.

Za rok 1884 w skutek ogłoszonego konkursu najważniejsze nagrody dostały się w udziale ś. p. Drowi Tadeuszowi Żulińskiemu i tak 1sza nagroda t. zw. lekarska *(Prix de medecine)*, którą przyznano za przysłane oryginalne, nie drukowane nigdzie obserwacyje, z własnéj praktyki lekarskiéj, wykazujące szkodliwość tytoniu na organizm. Nadto przyznano ś. p. Drowi Ż. aż dwa medale, jeden srebrny pozłacany (*de vermeil*) a drugi srebrny (*d'argent*), a to wedle słów raportu „za jego znakomitą pracę w sprawie palenia tytoniu w ogólności, roztrząśniętéj wszechstronnie pod względem fizyjologicznym, chemicznym, ekonomicznym itd.“ Ze swéj strony nadmieniamy, iż pomieniona

praca Dra Ż. zyskała już sobie poprzednio uznanie na 2gim Zjeździe lekarzy polskich w Krakowie, gdzie po raz pierwszy odczytaną była. Ogłoszoną ona następnie została w Przeglądzie Lekarskim i wyszła też w osobném odbiciu. Treść jéj znajdujemy obecnie w *Gazette médicale de l'Algérie*, jak niemniéj i treść nagrodzonych obserwacyj, które otrzymaliśmy z pośmiertnych papierów, i w miarę możności ogłosimy. — Uroczyste rozdanie nagród przyznanych przez komisyję konkursową odbędzie się w Paryżu w auli Sorbonny dnia 12 kwietnia b. r.

* **Berlin.** Dr. Schweninger, który nabył tyle smutnego rozgłosu, ma porzucić Berlin i przenieść się do Wiesbadenu.

* **Rzym.** D. 1 maja ma zebrać się komisyja sanitarna międzynarodowa, w któréj na zaproszenie Rządu włoskiego wszystkie rządy europejskie mają wziąć udział przez swych reprezentantów. Przedmiotem obrad będzie nietylko zapobieganie cholerze, ale wszystkim zarazom, a zadaniem głównem ustanowienie stałéj Rady sanitarnéj międzynarodowéj.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Jako kandydatów na opróżnioną po Frerichsie katedrę wymieniają: proff. Gerhardta w Würzburgu, Nothnagla w Wiedniu i Ziemssena w Monachijum. — **Praga czeska.** Profesorem psychijatryi w czeskim Wydziale lek. ma być mianowany Dr. Smoler, obecny referent spraw lekarskich w Czechach, który ma pozostać na swéj posadzie i otrzymać tytuł profesora honorowego.

* **Nekrologija.** W Lublanie umarł referent spraw lekarskich w Krainie Dr. Stöckl, licząc lat 61. — W Krakowie umarł lekarz pułkowy Dr. Schulhof. — W Monachijum umarł Dr. Karol Teodor Ernest Siebold, znakomity zoolog i anatom porównawczy; urodzony d. 16 lutego 1804 w Würzburgu, wykonywał praktykę lekarską w Heilsbergu, Królewcu i Gdańsku, w r. 1840 mianowany został prof. fizyjologii i anatomii porówn. w Erlandze, w r. 1845 w Freibergu, w r. 1853 w Wrocławiu, późniéj w Monachijum.

Piśmiennictwo lekarskie. Nowe leki, ich własności i zastosowanie. Opracowali K. Wenda i W. Wiarogórski. Warszawa, 1884. Nakładem autorów, str. 136, XVII i 10 nieliczb.

Autorom należy się przedewszystkiém uznanie, że literaturę naszą wzbogacili dziełkiem, którego potrzeba dawała się czuć tak lekarzom jak i aptekarzom. Pod względem składu chemicznego i własności farmakognostycznych pokaźna, bo do 170 dochodząca liczba nowszych leków została opracowana szczegółowo i w całości należycie. To też potrzebom aptekarza dziełko to czyni w zupełności zadość, polecić go możemy każdemu aptekarzowi jako dobry i zwięzły przewodnik, który go pouczy dostatecznie o własnościach leków w najnowszych czasach polecanych i używanych, a oszczędzi mu pracy szukania po rocznikach i czasopismach zawodowych. W téj części wytknąć tylko musimy niezbyt staranną korektę osobliwie co do imion własnych (Mencke zamiast Menche, Marigliano zamiast Maragliano itp.), jak niemniéj niedostateczną staranność o czystość języka („przez działanie prawdziwéj kory, przez Aspidosperma Quebracho dostarczanéj...., wydziela się od dodania wody...., śmierć przez paraliż muszkułów i zebranie kwasu węglowego we krwi...." i w. i.). Wreszcie byłoby bardzo pożądaném, ażeby obok nazw łacińskich wszędzie umieszczoną była nazwa polska. I tak np. obok *Sterculia acuminata* nie zawadziłaby nazwa polska Orzesznik kończystolistny, a obok *Gynocardia odorata* Serdusznik wonny, itp.

Część farmakologiczna opracowana jest daleko krócéj, z wielkim uszczerbkiem dla lekarzy, którzy z części farmakognostycznéj wiele korzystać mogą. Działanie fizyjologiczne i zastosowanie kliniczne leków odpowiadałoby lepiéj potrzebom lekarzy, gdyby autorowie byli dokładniéj zużytkowali bogatą literaturę nagromadzoną w czasopismach lekarskich. Objętość dzieła wprawdzie byłaby przez to zwiększyła się, dzieło jednak byłoby wiele zyskało na wartości.

Spodziewamy się, że pierwsze wydanie dzieła rychło zostanie rozkupione, i że w drugiém wydaniu autorowie, z których jeden zajął już tak zaszczytne stanowisko w literaturze krajowéj, jako autor „Materyjałów do historyi farmacyi w dawnéj Polsce", zechcą w równéj mierze pogodzić stanowisko farmakognostyczne z farmakologiczném i klinicznem. *A. K...wicz.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 14: Blumenstoka: Zbrodnia czy obłąkanie. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 14: Dunina: O przyczynie zapaleń ropnych i zakrzepów żył w przebiegu tyfusu brzusznego (dok.); Schellera: Siarek węgla, nowy środek przeciwgnilny i jego zastosowanie w praktyce; Minkiewicza: Choroby dróg oddechowych (c. d.). — *Pamiętnika Tow. lekwarsz.* zeszyt III zawiera: Bujwida: Mikroskopia i mikrochemija plwocin w chorobach oddechowych; Wolfringa: O stosunkach fizyjologicznych naczyń krwionośnych powiek do naczyń mięśnia podnoszącego powiekę górną; zeszyt IV: Wolfringa: O gruczołach chrząstki powiekowéj; Florkiewicza: Uwagi nad chorobą Brighta: Kijewskiego: Guzy hemoroidalne, operacyja, sposoby leczenia; L. Nenckiego i Rekowskiego. Przystępny sposób ocenienia, czy woda studzienna może być używaną za napój.

Redakcyja otrzymała:

Izsledowania nad skorostiju dwiženija krowi posredstwom fotohemotachometra. Dissertacija na stepeń doktora mediciny Napoleona Cybulskiego, i. d. prozektora w Imp. Woenno-Medicinskoi Akademii pri katedrie fiziologii. S. Peterburg 1885, in 8vo str. 213 z 62 rycinami.

Dla prenumeratorów w Cesarstwie austryjackiem dołącza się wiadomość o Cieplicach trenczeńskich.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 18 kwietnia 1885. № 16. Rok XXIV.

I. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n./W.

IV. Rana postrzałowa tchawicy; śmierć z powodu rozedmy podskórnéj mimo wykonanéj tracheotomii.

Podał Dr. Rydygier.

Zranienia dróg oddechowych zdarzają się w ogóle dość rzadko; podług zestawienia Wittego (*Über Verwundungen des Kehlkopfes und ihre Behandlung, insbesondere über die Bedeutung der prophylaktischen Tracheotomie bei denselben*, Langenbecka Arch. t. 21 zeszyt 1, 2 i 3) przypada podczas wojny 5 takich zranień na 10.000 innych, a w pokoju stosunek ten jest jeszcze mniejszy. Podczas gdy w wojnie naturalnym biegiem rzeczy widzimy prawie wyłącznie rany postrzałowe, to w czasie pokojowym znajdujemy częściéj rany zadane ostremi narzędziami (nożem, brzytwą), a iście rzadko postrzałowe. Ze względu więc już na rzadkość, a głównie z powodu jego przebiegu, uważam ogłoszenie tego przypadku za wskazane.

Pohlenz Wojciech, uczeń 17 lat liczący, otrzymał postrzał z odległości 10 metrów wieczorem dnia 22 czerwca 1884 w okolicę szyi, poczém jeszcze odbył drogę do domu blisko 2 kilometry daleką. Mimo że nie wystąpiły żadne niepokojące objawy, nauczyciel zastraszony zaprowadził chłopca do kol. Dra Rothego wzywając jego pomocy. Rana na szyi była ledwie wielkości małéj główki od szpilki i zaschnięta. Kol. R. nie widząc ani utrudnionego oddychania ani najmniejszéj zmiany głosu zalecił zimne okłady na szyję i spokojne ułożenie w łóżku (chory odszukał go w teatrze), dodając, żeby go natychmiast zawezwać, skoroby pokazało się tylko choć najmniejsze utrudnienie w oddychaniu. Jakoż rzeczywiście następnego dnia przywołano go, oddychanie było nieco utrudnione, lewa strona szyi lekko wzdęta w skutek rozedmy podskórnéj. R. zalecił przenieść chorego do kliniki naszéj celem wykonania tracheotomii. Niestety przeniesienie chorego opóźniło się aż do południa. Wtenczas sięgała już rozedma w górę pod oczy, na dół dwa palce poniżéj obojczyków zajmując całą szyję. Rozumie się, że nie zwlekaliśmy ani chwili operacyi; asystent odstąpił jéj wykonania, które miał w tym przypadku polecone, z grzeczności kol. Rothemu. Zaleciłem wykonanie tracheotomii dolnéj, chcąc o ile możności głęboko poniżéj rany postrzałowéj tchawicę otworzyć, ażeby tém pewniéj zapobiedz dalszemu wnikaniu powietrza pod skórę. Wykonanie operacyi było właśnie w tym przypadku znacznie utrudnione przez rozedmę podskórną. Zaprowadziliśmy zwyczajną rurkę tchawiczą podwójną z średnicą 7 mm. Oddychanie przez pewien czas było swobodniejsze, ale niezupełnie wolne; rozedma choć powoli ale stale powiększała się. Nie udało nam się wykryć przyczyny utrudnienia w oddychaniu mimo kilkakrotnego wyjęcia rurki wewnętrznéj i wprowadzania gęsiego pióra i cewnika elastycznego, przez który próbowaliśmy wyssać resztki krwi, jeśliby się coś z niéj do płuc dostało,— wszystko bez skutku.

Zrana następnego dnia (24 czerwca) znaleźliśmy twarz nieco siną; rozedma rozszerzyła się; oddychanie stawało się coraz cięższém. Objawy niedostatecznego oddychania stawały się coraz groźniejsze, aż nad ranem 25go śmierć nastąpiła. Nadmienić jeszcze musimy, że chory po tracheotomii kilka razy niby zachłysnął się pijąc mleko, ale najczęściéj wypił podaną dawkę zupełnie dobrze, tak, iż nie zwróciliśmy na to naszéj uwagi. Gorączka nie podnosiła się nigdy nad 38°C.

Niestety z przyczyn odemnie niezależnych nie mógłem być obecnym przy sekcyi. Szczegóły następujące zawdzięczam pp. fizykowi Dr. Nadrowskiemu i Dr. Rothemu: Rozedma podskórna sięgała na całą twarz, szyję, całe piersi i obie odnogi górne. Przebieg kanału postrzałowego był następujący: Kula przeszyła skórę szyjną nieco na prawo od linii środkowéj poniżéj chrząstki tarczykowéj przedziurawiając więzadło tarczo-obrączkowe, a zbaczając

dalej ku lewej stronie i dołowi wycięła w tylnej ścianie tchawicy okrągłą dziurkę; dalej przeszyła przednią i tylną ścianę gardziela, następnie weszła w trzon 6go czy 7go kręgu szyjnego blisko lewego wyrostka poprzecznego; odtąd opuściła się robiąc kanał w kości prawie prosto na dół i wyszła z 2go kręgu piersiowego pozostając tuż przy kości. Opłucny żebrowej nie obraziła; widać było tylko na niej jakby drobną wybroczynę. W obu jamach opłucnowych znalazło się około 200 cm. sz. krwawo-surowiczego płynu, a nadto na dolnym płacie prawego płuca nieco osadu włóknikowego. Pomiędzy tylną ścianą tchawicy a przednią gardziela znajdowała się mała ilość mazi składającej się z ropy i resztek potraw; nieco więcej tejże znaleziono pomiędzy tylną ścianą gardziela a kręgosłupem. Zapalenia tchawicy, ani oskrzeli, ani krwi w oskrzelach nie było. Podług zdania obducentów śmierć nastąpiła w skutek uduszenia. W protokóle obdukcyjnym nie znajdujemy niestety żadnej wzmianki, czy była rozedma śródpiersia przedniego.

Zestawiając wynik badania pośmiertnego z przebiegiem i zejściem zranienia nie możemy żadną miarą wytłumaczyć sobie, dla czego mimo tracheotomii wzmagała się rozedma podskórna, dla czego oddychanie nie było swobodne, rurką tchawiczą coraz więcej powietrza wnikało pod skórę, gdy powinno było rurką wychodzić. Gdybyśmy byli zrobili tracheotomię górną, moglibyśmy byli sądzić, że koniec rurki, nie sięgając aż poniżej rany postrzałowej, zatknął się choć w części z obrzmiałą naokoło otworu błoną śluzową tchawicy, ale właśnie dla tego, ażeby tego uniknąć, wybraliśmy tracheotomię dolną, tak że cała rurka była poniżej otworu postrzałowego, a powietrze chcąc wnikać przezeń pod skórę musiało pomiędzy ścianami tchawicy, a rurką od góry wypływać. Pojmujemy, że otwór okrągły wycięty w tylnej ścianie tchawicy, a więc stojący zawsze otworem, ułatwiał znacznie wnikanie powietrza do tkanki podskórnej, ale nie rozumiemy, dla czego ono nie wypływało daleko szerszą rurką tchawiczą, albo co zamykało jej światło, że powietrze przez nią odpływać nie mogło, kiedy po śmierci nie znaleziono żadnego obrzęku błony śluzowej, ani innej przyczyny. Żałowałem, że nie miałem długiej rurki Koeniga pod ręką, możeby ona zapewniła swobodne oddychanie sięgając daleko niżej.

Bądź co bądź przypadek nasz jest bardzo rzadki, gdyż śmierć nastąpiła w skutek zwiększającej się rozedmy podskórnej mimo wykonanej tracheotomii. W żadnym razie nie przemawia ten przypadek przeciwko tracheotomii, tak usilnie zalecanej przez Langenbecka *(Die Tracheotomie als prophylactische Operation. Berl. klin. Wochenschr.* 1872, Nr. 14) i innych w obec obrażeń dróg oddechowych; przeciwnie chybaby można twierdzić, że z winy opóźnienia się w przeniesieniu chorego zapóźno wykonano operacyę, gdy powietrze utorowało sobie już drogę pod skórę, a drobne utrudnienie w oddychaniu rurką wystarczyło do dalszego rozwijania się rozedmy. Dalej stanowi nasz przypadek dobitny przykład, że rany dróg oddechowych z małym otworem są daleko niebezpieczniejsze, aniżeli obrażenia połączone z rozległem zranieniem części miękkich szyi, np. rany cięte (nożem, brzytwą).

Nie można też było przed badaniem zwłok rozpoznać obrażenia gardziela, chybaby go się przypuszczało wnioskując z przebiegu kanału postrzałowego. Ciekawym objawem jest nareszcie nagłe zboczenie kuli po wstąpieniu do kości i przebieg jej prostopadły na dół, oraz pozostanie jej tuż przy kości po opuszczeniu się bez obrażenia opłucny.

II. Z kliniki chirurgicznej prof. Dra Billrotha w Wiedniu.

Przyczynki do chirurgii żołądkowo-jelitowej.

Nowa metoda operacyjna pomysłu Billrotha: Wycięcie raka odźwiernika po poprzedniem wykonaniu gastroenterostomii Wölflera. Wyleczenie.

Opisał Dr. Roman Barącz,
b. lekarz szpitala powszechnego we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

Operacyę opisaną wykonał prof. Billroth w swojej sali operacyjnej. Dotychczas wszystkie laparotomije wykonywał w umyślnie ku temu celowi przeznaczonej, poprzednio odwonionej i do 20°R. ogrzanej izbie, do której zaledwo kilku zaproszonym lekarzom wstęp dozwolono. Obecna laparotomija jest trzecią z rzędu, którą prof. Billroth wykonał w sali operacyjnej wobec kilkuset widzów. Z tych pierwsza gastroenterostomija wobec rozległego raka zakończyła się niepomyślnie już w dniu operacyi wieczorem skutkiem zapadu już znacznie kachektycznego chorego; druga, owaryjotomija obustronna, wykonana 3 lutego br., zakończyła się wyzdrowieniem chorej; trzecia powyżej opisana zakończyła się również pomyślnie. Myśl do połączenia gastroenterostomii Wölflera z wycięciem odźwiernika powziął pierwszy prof. Billroth, a przypadek niniejszy jest pierwszym i jedynym, w którym operacyę tę zastosował z dobrym wynikiem. Nasuwa się pytanie, dla czego nie połączono wprost ze sobą za pomocą szwów części resekowanych. Powodem, dla którego tego zabiegu zaniechano i prócz resekcyi odźwiernika wykonano równocześnie gastroenterostomię, jest następująca okoliczność. Wobec wielkości części resekowanych w takich razach dokładne zbliżenie i połączenie zdrowej (resekowanej) części dwunastnicy ze zdrową częścią żołądka jest niemożebnem z powodu znacznego oddalenia obwodowych części resekowanych wobec kruchej błony mięsnej dwunastnicy z jednej, a niepodatności sztywnych ścian żołądka z drugiej strony. Trudność ta odpada przy połączeniu gastroenterostomii z resekcyą choćby znacznej części odźwiernika i ścian żołądka, gdyż w tym przypadku łączy się bezpośrednio jelito próżne z żołądkiem, odpada więc niekorzystny warunek zbytecznego oddalenia części resekowanych. Nie należy przypuszczać niekorzystnych następstw z powodu resekcyi tak znacznej części żołądka jak w niniejszym przypadku, (gdzie prawie połowa żołądka, jak z załączonych rycin wywnioskować można, odjętą została), żołądek bowiem w takich razach jest zwykle rozszerzonym (jakkolwiek w naszym przypadku tylko nieznacznie). Nadto doświadczenia Kaisera, na psach wykonane, wykazały, że one wycięcie, nawet znacznych części, żołądka nie źle znoszą; pies zaś, u którego K. wyciął prawie cały żołądek, a część odźwiernikową zeszył wprost z wpustem do żołądka, żył ośm miesięcy (patrz poniżej).

Co do nasuwającego się pytania, którą z wspomnianych trzech operacyj (1. resekcyja odźwiernika, 2. gastroenterostomija Wölflera, 3. resekcyja odźwiernika wraz z gastroenterostomiją) wobec raka odźwiernika wykonać należy, zależeć to będzie od stosunków napotkanych dopiero po otwarciu jamy brzusznej; naturalnie, że natrafić można na przypadki tak ciężkie, w których do przedsięrbrania żadnego z tych rękoczynów już zdecydować się nie można (patrz poniżej).

W przypadkach, gdzie rak nie jest zbyt rozległym a

zrosty z sąsiedniemi częściami (głową trzustki) łatwo uwolnić można, wskazaném będzie wycięcie odźwiernika; w przypadkach, gdzie napotkamy bardzo znaczne zrosty, wskazaną będzie gastroenterostomija sama; w przypadkach wreszcie, gdzie guz jest bardziéj odgraniczonym, gdzie jednak zbliżenie części przeciętych i zeszycie ze sobą z powodu oddalenia jest niemożliwém, tam wskazaną jest gastroenterostomija z resekcyją odźwiernika.

Jako dowód, jak trudnym jest wybór pomiędzy owemi trzema przytoczonemi sposobami operacyi, jak niepewném jest ocenienie rozległości guza przed operacyją, jak znaczne trudności powstać mogą podczas saméj operacyi, posłużyć może podany poniżéj w krótkości opis operacyi dokonanéj d. 21 lutego b. r. na kobiecie 45 letniéj, wychudłéj o barwie ziemistéj (wybitném charłactwie nowotworowém), u któréj rozpoznano rozległy rak żołądka. Badanie wykazało u niéj w okolicy odźwiernika guz o powierzchni gładkiéj wielkości jaja kurzego w kierunku pionowym i poziomym pod skórą w głębi przesuwalny. Dnia 21 lutego br. przystąpiono do operacyi gastroenterostomii a ewentualnie do resekcyi części rakowato nacieklych zarazem. Cięcie poprowadzono w linii białéj od wyrostka mieczykowego do pępka aż do otrzewny ściennéj, którą nożem Potta rozszerzono ku górze i dołowi. W ranie widać było można dokładnie lewy płat wątroby i jelito poprzeczne. Odszukano żołądek powyżéj jelita poprzecznego i wydobyto guz na zewnątrz. Badanie atoli wykazało, że nietylko sam odźwiernik przedstawiał guz jednolity, twardy, w wielkości sporego jaja kurzego, ale nadto guz ten stał w bezpośrednim związku z drugim nieco mniejszym guzem w jelicie poprzeczném, zajmującym ściany tegoż. Powzięto więc następujący plan najpierw wykonać resekcyję okrężnicy poprzecznéj, potém gastroenterostomiję a wreszcie resekcyję odźwiernika. Przystąpiono najprzód do resekcyi okrężnicy poprzecznéj. W tym celu podwiązano częściowo sieć większą, tuż przy miejscu, gdzie się ona do jelita poprzecznego przyczepia; część sieci wielkiéj przepalono termokauterem i w ten sposób odjęto; gdy atoli po następowém dokładném badaniu krezki jelita poprzecznego wymacać się dały w tejże pojedyncze gruczoły twarde, a nadto guz wielkości jaja gołębiego, odstąpiono od planu, na jaki się zrazu decydowano: resekcyi okrężnicy poprzecznéj na przestrzeni 8—10cm., resekcyi odźwiernika i następowéj gastroenterostomii, przystąpiono tylko do wykonania saméj gastroenterostomii. Tym razem cięcia w żołądku i jelicie próżném zrobiono dłuższe jak poprzednio zazwyczaj robiono, mniéj więcéj 6cm. wynoszące, w miejscu fałdu dwunastnicowo-jelitowego po odszukaniu tegoż dokładném i dokładném ujęciu części mających się resekować w 4 palce asystentów. Założono około 14 szwów Wölflera wewnętrznych, również tyle zewnętrznych, wzmocniono ranę jeszcze około 8 szwami drugorzędnemi Czernego i po dokładném oczyszczeniu gąbkami, tak zeszyte jelita wpuszczono do jamy brzucha. Założono jak zwykle szwy węzełkowe osobno na otrzewnie, potém zeszyto powięzie i mięśnie brzuszne, a wreszcie szwem kuśnierskim zespojono brzegi skóry. Operacyja ta trwała 3 kwadranse. Ranę zaopatrzono opatrunkiem mięszanym. Zagoiła się ona *per primam*, przypadów ze strony narządu trawienia nie było żadnych, wymioty po operacyi ustały zupełnie, wejrzenie i humor choréj podniosły się znacznie. Pozostaje ona dotąd dla obserwacyi w klinice.

W przypadku tym niemożliwém było wyciąć gruczoły krezkowe, gdyż należałoby było podwiązać gałęzie tętnicy krezkowéj górnéj, co groziło zgorzelą tych części jelit, które ta tętnica odżywia.

Ponieważ gastroenterostomija wraz z resekcyją odźwiernika dopiero raz dotąd, dnia 15 stycznia b. r. przez prof. Billrotha, wykonaną została i stanowi niejako epokę w szeregu operacyj na żołądku dokonanych, uważam za rzecz stosowną podać tu w krótkości rys historyczny wszystkich operacyj w ogóle na żołądku dokonanych i doświadczeń, które je poprzedziły. Zacznę od ostatnich.

Rany żołądka za czasów Hipokratesa uważano za zabójcze. Gdy Karol Teodor Merrem pierwszy objawił myśl usunięcia raka odźwiernika drogą resekcyi i przedsięwziął w tym celu w roku 1810 szereg doświadczeń na psach, uważano te usiłowania jako śmiałą mrzonkę. Doświadczenia jego na 3ch psach wykonane nie udały się. Używał on metody wgłobienia i gastrorafii do zeszycia brzegów rannych. Doświadczenia podobne przedsiębrał już w zeszłém stuleciu pewien lekarz w Filadelfii, jak to sam Merrem w swojéj pracy podaje (*Animadversiones quaedam chirurgicae experimentis in animalibus factis illustr.* Gissae, 1810).

Następne doświadczenia na psach, celem zastosowania tych rękoczynów na człowieku, przedsięwzięli Gussenbauer i Winiwarter w Wiedniu w r. 1874, według podania swego, bez świadomości o doświadczeniach wykonanych już w r. 1810 przez Merrema. Do doświadczeń użyto 7 psów, z tych 5 zdechło skutkiem następowego zap. otrzewny z przedziurawieniem a 2 wyzdrowiało. Gussenbauer użył t. zw. szwu czterech mistrzów (*Naht der 4 Meister*) albo t. zw. *Darmachternähte (vide Bardeleben Chirurgie*, t. III, str. 686). Warunki, w jakich doświadczenia swe wykonali, były bardzo niekorzystne a mimo to osiągnęli 2 wyniki korzystne na 7 zwierząt operowanych. Ci sami starali się zbadać również patologiję raka odźwiernika na stole sekcyjnym. W tym celu przejrzeli protokoły sekcyjne szpitala powszechnego w Wiedniu począwszy od roku 1817 aż do 1875. Na 61.281 sekcyj w tym okresie tamże wykonanych znaleziono rak żołądka w 903 przypadkach, w których przypadło na odźwiernik 542 przypadków. Z tablic, które w pracy swéj załączają, okazuje się, że raki téj części żołądka mają najmniejszą skłonność do przerzutów (*Die partielle Magenresektion* itd. *von Dr. Gussenbauer im Vereine mit Dr. v. Winiwarter, Langenbecks Archiv*, t. XIX, 1876).

Przytoczyć mi tu wreszcie należy pokrótce doświadczenia i spostrzeżenia Dra F. C. Kaisera w klinice prof. Czernego także na psach wykonane w celu przekonania się, jak zwierzęta te większe zabiegi operacyjne na żołądku (resekcyje) znoszą (*Beiträge zur operativen Chirurgie von Prof. Czerny*, 1878 i Dr. C. F. Kaiser. Zachęcała Kaisera do tych doświadczeń wyżéj przytoczona praca Gussenbauera i Winiwartera. Doswiadczenia te na 15 zwierzętach mniejszych, a przeważnie na psach, wykonane były trojakiego rodzaju: 1) resekcyja żołądka w kształcie pierścienia i owalu, 2) wycięcie żołądka wraz z śledzioną i częścią sieci i 3) wycięcie samego tylko żołądka. Pierwszy szereg doświadczeń dał wyniki bardzo korzystne, gdyż na 5 zwierząt zdechło 1 (królik). Ten szereg doświadczeń zachęcił autora do dalszych; starał się on przekonać, czy cały żołądek da się wyciąć a względnie jak wielką część żołądka wyciąć można zwierzęciu bez zagrożenia jego życiu. Te doświadczenia były ze znaczniejszemi trudnościami połączone z powodu tak wielkiego oddalenia wpustu żołądka od odźwier-

nika i ztąd wynikającego napięcia wpustu, przyczém w jednym przypadku wylała się treść żołądka do jamy brzucha. Nadto gałęzie *Art. coron. ventric. sin.* osobno trzeba było podwiązać. Ten szereg doświadczeń dał wyniki niekorzystne. Śmierć następowała jużto skutkiem napięcia znacznego części wpustowéj żołądka i następowego zastoju żylnego i zgorzeli, jużtéżto skutkiem zapalenia otrzewny. Ciekawą jest jednak rzeczą, że pies z tego szeregu doświadczeń, któremu wycięto cały żołądek wraz z śledzioną, żył trzy tygodnie i przybyło mu ciężaru ciała a uległ zapaleniu otrzewny w następstwie przedziurawienia rany w skutek nieodpowiedniego karmienia. Przy doświadczeniach, należących do tego szeregu jak i do następnego, musiano w kilku przypadkach wycinać kliny z części wpustowéj żołądka i zeszywając ten ubytek w ten sposób wyrównywano niestosunek znaczny świateł odźwiernika i części wpustowéj. Ażeby się przekonać, czy zwierzęta lepiéj zniosą wycięcie samego żołądka, starano się w następnym szeregu doświadczeń pozostawić śledzionę i sieć. Z szeregu tego doświadczeń wszystkie zwierzęta uległy zapaleniu otrzewny z wyjątkiem jednego psa, który żył po operacyi aż do ogłoszenia téj pracy przez autora, t. j. dziesięć miesięcy, i któremu przybyło na wadze 25.000grm. We wszystkich tych doświadczeniach użyto ścisłéj metody antyseptycznéj podług Listera. Jakkolwiek doświadczenia te odnoszą się do małych zwierząt (zdrowych psów), które, jak wiadomo, zabiegi operacyjne na trzewach nieźle znoszą, to jednak wiele rzucają światła na stosunki anatomiczne i tolerancyję wobec rękoczynów téjże okolicy i u człowieka, a z powodu niemocy, w jakiéj się znajdujemy wobec raka żołądka a zwłaszcza odźwiernika, tak strasznéj i niechybną śmiercią grożącéj choroby, każdy przyczynek nowy do chirurgii téj okolicy bądź na drodze doświadczenia, bądź téż na drodze operacyi uzyskany witać winniśmy z radosném uczuciem. I bezwątpienia możliwość utraty nawet znacznéj części żołądka u jednego tylko zwierzęcia (psa) bez szkody znaczniejszéj dla jego organizmu na drodze operacyjnéj doświadczeniem stwierdzona popchnęła prof. Billrotha do podjęcia i wykonania wyżéj opisanéj mozolnéj operacyi.

Następujący szereg operacyj wykonano dotychczas na żołądku ludzkim (naturalnie w celach leczniczych).

Gastrotomiję w celu wydobycia ciała obcego z żołądka (nóż $9\frac{1}{2}$ cala długi) wykonał pierwszy Tl. Mathis z Brandenburga i to z dobrym wynikiem w r. 1602.

Gastrostomiję z powodu raka przełyku wykonał pierwszy Sédillot w r. 1849, chory jednak uległ rękoczynowi w 21 godzin po operacyi. Najwięcéj wyników korzystnych po gastrostomii miał Sydney Jones w Londynie (2:3).

Resekcyję odźwiernika wobec raka wykonał po raz pierwszy J. Péan w Paryżu d. 9 kwietnia 1879, chory jego jednak umarł już 5go dnia po operacyi skutkiem zapadu. Drugą z rzędu resekcyję odźwiernika wobec raka wykonał Rydygier w Chełmnie w r. 1880, prof. Billroth zaś trzecią, pierwszą z dobrym wynikiem w r. 1881.

Resekcyję odźwiernika wobec wrzodu żołądka przeszywającego zaproponował Rydygier i wykonał po raz pierwszy d. 21 listopada 1881 z dobrym wynikiem. Myśl do wykonania gastroenterostomii wobec znacznego raka odźwiernika powziął pierwszy A. Wölfler podczas operacyi samej, którą téż natychmiast wykonał z dobrym wynikiem d. 27 września 1381. Operacyja dotyczyła 38 letniego mężczyzny przysłanego do kliniki prof. Billrotha z kliniki prof. Bambergera, który od $\frac{1}{2}$ roku miał cierpieć na objawy raka żołądka. Guz po zachloroformowaniu chorego okazał się przy omacaniu wielkości cytryny i we wszystkich kierunkach łatwo przesuwalnym. Po otwarciu jednak jamy brzusznéj okazały się obfite zrosty z *lig. gastroduodenale* i głową trzustki. Wobec tego stanu należało albo zeszyć tylko powłoki brzuszne napowrót, albo założyć przetokę w dwunastnicy, któryto ostatni zabieg nie wieleby się był przyczynił do ulżenia stanowi chorego z powodu utraty żółci i soku trzustkowego. Natychmiast powziął Wölfler myśl założenia przetoki bezpośredniéj z żołądka do jelita próżnego (jako części jelita cienkiego najłatwiéj dającéj się zbliżyć do przedniéj ściany żołądka). Wykonał téż zaraz tę operacyję i nazwał ją gastroenterostomiją. Chory jego wyzdrowiał.

Gastroenterostomiję wobec wrzodu odźwiernika i następowego zwężenia wykonał po raz pierwszy Rydygier i myśl do niéj podał (patrz Przegląd Lekarski, 1884, Nr. 19).

Gastroenterostomiję wreszcie połączoną równocześnie z wycięciem odźwiernika wobec znacznego raka tegoż (przezemnie powyżéj opisaną) wykonał po raz pierwszy prof. Billroth d. 15/1 b. r. w swojéj klinice z dobrym wynikiem.

Kończąc moją pracę złożyć winienem podziękowanie p. Radcy dworu prof. Billrothowi za chętne przyzwolenie na ogłoszenie tego przypadku i uczynność, z jaką pozwolił mi korzystać z materyjału klinicznego.

III. Dżuma w Iraku arabistańskim w r. 1884.

podał Dr. W. Jabłonowski w Bagdadzie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

Przebieg. Wspomniałem już uprzednio, że epidemija dżumy w Iraku arabistańskim została urzędownie i fachowo potwierdzoną przez Dra Saada, lekarza sanitarnego, wysłanego z Hanekin dopiero w miesiącu kwietniu, pomimo że zaraza grasowała już w Bedré od pierwszych dni lutego. Parę zaś miesięcy przed stanowczém stwierdzeniem jéj w Iraku zaraza szerzyła się już pośród plemion kurdzkich Lurystanu perskiego, koczujących w porze zimowéj wdłuż granicy turecko-perskiéj. Fakt istnienia tam dżumy potwierdziliśmy opierając się na świadectwie pewnego Emina mieszkańca Zorbatye, który nas zapewnił, że kilka osób z jego rodziny mieszkającéj w Lurystanie padło ofiarą zarazy. Co więcéj, władze perskie ustanowiły łańcuch sanitarny w celu przerwania wszelkich stosunków od strony Kermanszachu. Jednocześnie Hussein Khuli han, gubernator Lurystanu, otoczył strażą miejscowość koczującego plemienia „Szohan,“ rozciągając posterunki aż do przesmyka zwanego „Teng“, właściwéj drogi prowadzącéj z Zorbatye do Persyi. Zastósowanie więc tych środków hygijenicznych miało swój powód ukryty w istnieniu rzeczywistém dżumy pośród plemion kurdzkich. Z ichto koczowisk i wiadomą już drogą zaraza przedostała się do Bedré, ogniska, z którego znowu choroba rozwlekła się do innych w pobliżu leżących punktów. Grasując w Bedré już od początku lutego, zaraza po urzędowém jéj sprawdzeniu dopiero od kwietnia została uznaną za epidemicznie panującą. Bo jakkolwiek władza administracyjna na prowincyi została wcześnie zawiadomioną przez naczelnika okręgu Kut el-Amara (do którego należy i Bedré) o istnieniu dżumy, i to, ponieważ było wynikiem szczególnie szczęśliwego zbiegu okoliczności, nie zostało na razie należycie uwzględnioném. Samo zaś odkrycie zarazy w Bedré odbyło

się w następujący sposób: Pisarz sanitarny z Hanekin Ibrahim-Effendi w celu załatwienia kwestyi rachunkowéj został posłany do Zorbatye. Bawiąc tu, czyto z nudów, czyteż przez samą ciekawość, dowiadywał się o stanie zdrowotnym miejscowości i wkrótce nabył pewności, że w Bedré znajdują się chorzy dotknięci gorączką i dymienicami, i że śmiertelność z tego powodu jest tam niezwykłą. Nie mając odwagi zadecydować o naturze choroby, zwrócił się do adjutanta majora Jussuf-Effendego dowodzącego dwoma szwadronami jazdy, obozującemi w pobliżu, prosząc o przysłanie do Bedré lekarza lub choćby tylko felczera wojskowego, w celu stwierdzenia stanu chorobowego, wzbudzającego wielkie podejrzenie. Że zaś nie miano lekarza, posłano więc felczera. Ten ostatni, jakkolwiek z obawą, zgodził się jednak na napisanie raportu, zawiadamiającego władzę o istnieniu w Bedré choroby zakaźnéj, o któréj naturze nie był w stanie wydać żadnego stanowczego zdania, jakkolwiek nazwa choroby („Taun" po arabsku) została podaną, ale tylko w drodze przypuszczenia! Następstwem tego raportu wysłanego do komendanta korpusu było wydelegowanie najprzód młodego lekarza wojskowego Faik-Effendego, który przybywszy do Bedré zadecydował, że panujący tu stan chorobowy nie jest „*Taun*" a tylko „*Kara humma*" czyli dur. Śród podobnych okoliczności zaraza rozwlekała się. Prowincyjonalny zarząd zdrowia nie mając żadnych pewnych wiadomości od urzędnika sanitarnego z Bedré, nie mogąc również uważać za pozytywne wieści wylęgających się co chwila, zdecydował się jednak posłać do Bedré Dra Saada, który przybył tu w początkach kwietnia i w swym raporcie, wysłanym z całym możebnym pośpiechem, uznał istnienie dżumy bardzo groźnéj. Lecz ta zwłoka w sprawdzaniu panującéj w Bedré choroby miała najfatalniejsze następstwa, pozwoliła bowiem na zdziesiątkowanie ludności w Bedré, opóźniła stósowanie środków sanitarnych, urządzenie łańcucha i posterunków strażniczych, które zostały wprowadzone w chwili najsilniejszego rozwoju zarazy, i zamiast spodziewanego ograniczenia jéj odrazu, przeciwnie, zaznaczyły tylko okres najgwałtowniejszego rozwoju zarazy. Fakt ten bardzo przykry, lecz charakteryzujący urządzenie i działalność miejscowéj służby zdrowia, uważałem za potrzebne przytoczyć. Po wysłaniu raportu tak Dr. Saad jak i urzędnicy sanitarni, niewyłączając i wojskowego felczera, porzuciwszy Bedré, powrócili na swe stanowiska. Szczęściem jednak i dzięki być może téj tak zwanéj „immunité" profesyjonalnéj, nie stali się pośrednikami w zawleczeniu zarazy do innych bardziéj oddalonych punktów, a i sami téż również pozostali wolnymi od zarazy.

Wszystko zaś, co zaszło w Bedré od chwili wybuchu choroby, aż do urzędowego jéj stwierdzenia w kwietniu, nie da się ułożyć w szereg dat pozytywnych, ponieważ zebrane wiadomości opierają się tylko na opowiadaniach najczęściéj rozmijających się z istotnym stanem rzeczy i sprawy. Dopiero gdy łańcuch sanitarny umiejscowił, i że tak powiem ścieśnił, zarazę w Bedré, można było z całą ścisłością śledzić jéj przebieg.

Zastanawiając się nad objawami właściwemi dżumie, przekonaliśmy się, że zaraza podczas ostatniéj epidemii w Iraku, w największéj liczbie przypadków i bezwarunkowo we wszystkich dotkniętych punktach, miała bardzo gwałtowny przebieg. Daléj że zaraza w Iraku arabistańskim przedstawiała właściwą sobie cechę wydatniejszém wystąpieniem pewnych chorobowych objawów. Z obecnego zaś opisu jéj przebiegu ten można wyprowadzić pewnik, że zaraza od początku swego wybuchu w ciągu kwietnia, maja i czerwca grasowała z niezwykłą siłą i prawie z jednostajném wszędzie natężeniem. I dopiero, gdy stopień ciepłoty powietrza doszedł do 44°C., co miało miejsce po 20 czerwca, siła zarazy odrazu zaczęła słabnąć, tak że w ostatnich dniach miesiąca nie mieliśmy do zanotowania żadnego przypadku. Fakt zaś podobnego skłaniania się zarazy ku upadkowi z nastaniem silnych upałów nie tylko został stwierdzony w ostatniéj epidemii w Iraku, ale wszystkie inne ją poprzedzające, mianowicie bardzo mordercza epidemija w roku 1881, grasując z nadzwyczajną siłą w ciągu wiosennych miesięcy, w drugiéj połowie czerwca łagodniały w swym przebiegu, aby ustać zupełnie z rozpoczęciem się upałów lipcowych, pory roku, w któréj panuje tu „Sammun," czyli gorący wiatr pustyni. Dla epidemii dżumy w Iraku fakt rozwoju zarazy w okresie łagodniejszéj temperatury, dochodzenie choroby do punktu kulminacyjnego swéj siły, nie pierwéj i nie późniéj niż w drugiéj połowie czerwca, i wreszcie ustawanie zarazy bez różnicy miejscowości, w jakiéj panowała z końcem tego miesiąca, zdaje się być cechą dość charakterystyczną. Okoliczność ta tém więcéj zasługuje na uwagę, że wzmianki o niéj nie spotykamy w żadném ze spostrzeżeń dżumy obserwowanéj czy to w Egipcie, czy to w Smyrnie i Grecyi.

Gwałtownemu przebiegowi zarazy odpowiadała śmiertelność, któréj ofiary co do swéj ilości równają się prawie liczbie dotkniętych. Jedyny wyjątek w rzędzie fatalnych jéj następstw stanowią Dżesan i Mendeli, gdzie liczba dotkniętych była znacznie większą od ilości nieszczęśliwie zakończonych przypadków. Okres, w którym zaraza pochłonęła największą liczbę ofiar, był stosunkowo dość długi. Trwał bowiem od 27 maja do 19 czerwca, a zatém dni 23, w ciągu których kilka łagodniejszych przypadków zdołało uniknąć zwykłych następstw strasznéj téj plagi. I teto właśnie przykłady szczęśliwego zejścia dały mi możność zanotowania powikłań chorobowych, które były następstwem przebytéj zarazy. W pierwszym przypadku powracający do zdrowia po dwóch miesiącach ciągłego niedomagania uległ zgorzelinie płuc. Drugi przykład jestto porażenie odnóg dolnych, oniemienie i głuchota nerwowa u chłopca lat 16 liczącego, dotąd pozostającego w leczeniu. Obcującego z miejscową ludnością przy pierwszém z nią zetknięciu się uderzają nadzwyczaj częste przypadki głuchoty i pewnego niedającego się ściśle oznaczyć nieładu czy też osłabienia władz umysłowych. W innych warunkach podobny stan możeby przypisano niskiemu stopniowi oświaty, na jakim pozostaje ludność tutejsza. My jednak uważaliśmy te objawy tylko u osób, które będąc dotknięte zarazą szczęśliwie ją przebyły. Nie mniéj często uważaliśmy zdumiewające swą wielkością obrzmienia śledziony, długotrwające krwotoki z cewki moczowéj, bez wyjątku objawy spostrzegane tylko u dawniéj zadżumionych.

Dla dokładniejszego zapoznania się z siłą i gwałtownym przebiegiem dżumy w ostatniéj epidemii w Iraku, wykaz liczbowy i sumaryczny z całego okresu trwania zarazy, nie wątpię, że będzie przekonywającym. I cyfry najlepiéj posłużą ku poparciu moich wywodów. Wykaz ten jest opartym na codziennie otrzymywanych raportach o liczbie dotkniętych zarazą i przypadkach nieszczęśliwie zakończonych, i uwidocznia, że zaraza grasowała z największą siłą w Bedré, podczas gdy w trzech innych punktach, do których zaraza została przeniesioną w czasie niedającym się ściśle określić, siła i jéj śmiertelność nie były tak znaczne w sto-

sunku do ogólnéj liczby mieszkańców, dochodzącéj do jedynastu tysięcy dusz obojéj płci. Gdy zaś dodam, że wykaz nie obejmuje téj nieznanéj liczby przypadków, które ukryte uszły naszéj baczności, przekonamy się, że ludność okręgu objętego łańcuchem sanitarnym została prawie zdziesiątkowaną, w skutek gwałtownéj siły, z jaką dżuma szerzyła się w téj okolicy.

Okres czasu	Bedré		Zorbatye		Dżesan		Mendeli	
	zapadłych	zejść	zapadłych	zejść	zapadłych	zejść	zapadłych	zejść
Kwiecień								
Od 2—7	6	4	—	—	—	—	—	—
„ 7—12	11	11	2	2	—	—	—	—
„ 12—20	16	13	4	3	2	1	—	—
„ 20—28	21	17	9	6	4	4	1	1
Maj								
Od 1—8	17	16	6	4	3	1	3	1
„ 8—15	28	25	7	4	8	5	7	6
„ 15—20	37	33	6	2	7	3	9	2
„ 20—25	43	39	16	11	5	2	—	—
„ 25—31	28	22	11	7	11	4	4	—
Czerwiec								
Od 1—8	74	53	7	5	8	6	3	1
„ 8—15	67	58	12	9	4	1	5	2
„ 15—20	81	64	16	16	6	1	2	—
„ 20—25	69	57	9	4	1	1	—	—
„ 25—29	37	26	4	1	—	—	2	—
„ 29—30	—	—	—	—	—	—	—	—
Suma	535	438	109	74	59	29	36	11

Klęska zaś, jakiéj uległa ludność w okręgu Bedré-Zorbatye, nie tylko miała za przyczynę epidemiję dżumy. Jednocześnie bowiem z tą ostatnią, od połowy marca do końca kwietnia, panowała jeszcze ospa, łącząc niejako ilość nieszczęśliwie zakończonych przypadków, z ogólną liczbą zejść wywołanych przez dżumę. Punktem najbardziéj doświadczonym było zawsze Bedré, gdzie śmiertelność łącznie z przypadkami ospy doszła prawie do tysiąca osób. I podczas gdy dżuma szerzyła się przeważnie pośród dorosłych mężczyzn i kobiet, ospa przeciwnie grasowała pośród dzieci i noworodków. Złośliwa jéj forma, tak zwana krwotokowa, była przyczyną, że niezauważyliśmy ani jednego przypadku zakończonego szczęśliwie. (C. d. n.)

IV. Przyczynki do nerwic narządu moczo-płciowego.

Skreślił Dr. B. Skórczewski

lekarz zdrojowy w Krynicy.

I. Białkomocz przemijający.

(Dokończenie. Patrz Nr. 16).

Daleko mniéj jeszcze jest opracowaną sprawa zjawienia się białkomoczu przemijającego u ludzi ze zdrowemi nerkami pod wpływem jakichś przyczyn chorobowych, których bliżéj nie znamy, a których upatrywać nie można ani w zmienionéj mięszaninie krwi, ani w podniesionéj ciepłocie ciała, ani w zmienionéj czynności serca, ale chyba w zmienionéj czynności układu nerwowego, zwłaszcza nerwów regulujących krążenie w nerkach. Jedynie dosyć liczne w tym kierunku są spostrzeżenia, że po napadach padaczkowych, nawet nierozwiniętych, bardzo często zjawia się białko w moczu. Prócz tego Fischl *(Arch. f. klin. Med.*, 1881) zwrócił uwagę, że białko w moczu często występuje po napadach bólu w jamie brzusznéj z jakiejkolwiek przyczyny, byle ból był silny i trwał długo. Wtedy ilość moczu bywa mniejszą a białko, które występuje, znika po paru godzinach. Gubler spostrzegał białkomocz w porażeniu połowiczém, Liouville po urazie mostu Varola, Ollivier po udarze mózgowym, Fischer po wstrząśnieniu mózgu, Sanders i Rabenau u porażonych, Teissier w chorobach ośrodków mózgowych, Fürstner w obłędzie opilczym, Łaszkiewicz w zmianach nerwowych prawéj strony ciała. Nadto Lépine w swéj pracy p. t.: *Die Fortschritte der Nierenpathologie, deutsch bearbeitet von Havelburg.* Berlin, 1884, na str. 46 tak się wyraża: „Zdaje mi się, że białkomocz występujący w przebiegu histeryi bez napadów więcéj niż wszystkie inne spostrzeżenia przemawia na korzyść twierdzenia, że białkomocz może zależeć od układu nerwowego. Ale ten białkomocz u histeryczek bardzo rzadko się wydarza. W ubiegłym roku śledziłem tego rodzaju przypadek, mocz był jasny, a przytém dosyć widoczną była opuchlina podskórna, co utrudniało rozpoznanie; lecz w moczu nie można było wykryć wałeczków, a białkomocz jakotéż opuchlina były przemijające; dla tego zdaje mi się, że trafném było pojmowanie tego przypadku“.

Badając mocz niemal wszystkich chorych, których leczyłem w Krynicy, wielokrotnie spostrzegałem białko, którego przy następnych badaniach wyśledzić nie mogłem, ale znowu pojawiło się ono po pewnym czasie. Nie umiałem sobie wytłumaczyć przyczyny tego zjawiska, zwłaszcza, że nie mogłem dopatrzyć się żadnego związku między zjawianiem się białka a właściwém cierpieniem chorego, gdyż stanowczo mogłem wykluczyć ważniejsze a stałe zaburzenia w krążeniu w jamie brzusznéj.

Między innemi tego rodzaju przypadkami leczyłem w tym roku mężczyznę liczącego lat 45, dobrze zbudowanego, u którego znalazłem lekki przerost serca lewego, niedokrewność niskiego stopnia oraz niedomogę nerwową, która czasem robiła wrażenie psychozy, a łączyła się z bezsennością. U tego chorego występowało białko w moczu, ale nigdy nie udało mi się wykryć ani wałeczków, ani innych ciał, świadczących o anatomicznych zmianach nerek. Badając mocz dosyć często spostrzegałem, że ilość białka, oceniając ją okiem, zmienia się, a mianowicie: po nocy bezsennéj chory bywał zwykle więcéj zdenerwowany, a wtedy ilość białka bywała bardzo dużą; gdy się zaś chory uspokoił, co zwykle następowało po dobrze przespanéj nocy, ilość białka w moczu ograniczała się do małych śladów. W końcu leczenia, gdy stan ogólny zdrowia znacznie poprawił się, chory dobrze sypiał i pod względem nerwowym prawie zupełnie uspokoił się, wtedy i tych śladów białka dostrzedz nie mogłem.

W tym przypadku chorobowym przypuszczałem, że zjawianie się białka w moczu stoi w pewnym ścisłym stosunku do układu nerwowego, a mianowicie, że ogólny stan nerwowy wywiera pewien wpływ na nerwy naczynio-ruchowe nerek, skutkiem któregoto wpływu raz większe innym razem mniejsze występują ilości białka w moczu, a nawet całkiem ono znika. Nie zdołam jednak bliżéj określić tego wpływu, jakotéż rodzaju zaburzeń w układzie naczynio-ruchowym, a to tém mniéj, iż nie można tu stanowczo wykluczyć, czy znaleziony przerost serca lewego, lubo on był w niskim stopniu, nie wywołał przecież sam przez się pewnego rodzaju zmian krążenia w nerkach, a tém samém nie był główną a pierwotną przyczyną białkomoczu.

Drugi tutaj należący przypadek spostrzegałem również w tym roku. Byłto mężczyzna pochodzący z zamożnéj rodziny, liczący lat 23, wysoki, względnie silnie zbudowany, dobrze rozwinięty fizycznie i psychicznie, nie źle odżywiony ale nieco niedokrewny. Przed kilku laty przebył on zapalenie opłucny, skutkiem którego pozostało małe zapadnięcie klatki piersiowéj. Zresztą nie znalazłem u niego żadnych zmian w całym ustroju prócz zwątlenia przewodu pokarmowego ale bez znaczniejszéj zastoiny kałowéj. Chory opowiadał mi, że od lat trzech czy czterech doświadcza chwilami pewnego zgnębienia psychicznego, zniechęcenia i ogólnego osłabienia, wyczerpania. Nie trwa to długo, ale gdy się pojawiają takie napady, zauważył, że w tym czasie prącie mu się nie napręża, traci wtedy zupełnie zdolność płciową. Chory radził się rozmaitych lekarzy, przeważnie niemieckich w Berlinie, z których, jak chory opowiadał, jedni uważali jego cierpienie jako „proste następstwo samogwałtu,“ którego się dopuszczał przez krótki czas ale przed wielu laty; inni dopatrywali nasieniotoku, inni znowu sądzili, że to jest cierpienie gruczołu krokowego, a dopiero przed dwoma laty jeden z lekarzy zwrócił jego uwagę na b i a ł k o w m o c z u. Od tego czasu chory sam ciągle bada mocz i z n a j d u j e b i a ł k o w nim prawie zawsze, ale t y l k o w m o c z u d r u g i m p o w s t a n i u, tj. nie znajduje białka w moczu, który oddaje z nocy, ale znajduje je w moczu następnie oddanym między godziną 10 a 12, podczas gdy mocz z reszty dnia znowu białka nie zawiera. Wszystkie dotychczasowe sposoby leczenia, lubo je bardzo ściśle przeprowadzał, choroby téj nie usunęły, i nie wywarły na nią żadnego wpływu. To tylko zauważył, że z początku leczenia się zdrojowego w S z w a j c a r y i b i a ł k o w m o c z u n i e w y s t ę p o w a ł o p r z e z p a r ę t y g o d n i, ale później wśród leczenia powróciło, i nie ustąpiło więcéj; dopiero na drugi rok w czasie pobytu w Z a k o p a n é m z n o w u z n i k ł o białko na parę tygodni, a p o t é m w r ó c i ł o i u t r z y m u j e s i ę d o t ą d. Chory nie robi wrażenia człowieka zdenerwowanego, ale raczéj jest on zgnębiony swą chorobą, która trwa lat kilka. Choroba jest dlań przykrą, gdyż osłabia go chwilami, a przeto zniechęca go do życia, że łączy się ona z niezdolnością płciową. M o c z badany w tym dniu popołudniu n i e z a w i e r a ł b i a ł k a, ale na drugi dzień rano znalazłem g o b a r d z o d u ż o w drugim moczu. Od tego czasu zaś przez 21 dni, pomimo bardzo częstego badania moczu, nie znalazłem w nim ż a d n y c h ś l a d ó w b i a ł k a, a również chory, który dokładnie przez dwa lata nauczył się tego badania, nie dostrzegał takowego. Śród używania środków zdrojowo-kąpielowych, picia wody krynickiéj, używania kąpieli gazowo-wodnych (żelazistych) i borowinowych, ogólny stan chorego znakomicie się poprawił, odżywienie się wzmogło. Przy tém chory ożywił się był wesoły, rozmowny i z przyjemnością zabawiał się w towarzystwach. Zdawało się, iż choroba ustąpiła zupełnie. Wśród tak świetnego stanu ogólnego chory, którego codziennie widywałem, nagle rano 13 lipca skarży się, że zaczyna mu wracać dawne osłabienie, że nie dobrze spał w nocy, że ma niesmak w ustach, czuje się znużonym i zupełnie stracił humor, ale białka w moczu wcale nie dostrzegł. Badając wtedy chorego znalazłem, że ma przygnębiony wyraz twarzy, język obłożony, a przytém w przewodzie pokarmowym wyśledziłem znaczne nagromadzenie kału, lubo stolec codziennie bywał obfity. W moczu ani w dniu poprzednim ani z nocy ani też w moczu oddanym w czasie badania b i a ł k a n i e b y ł o ani śladu. Uważając przepełnienie kałem przewodu pokarmowego za przyczynę nadmienionych zaburzeń ogólnych poleciłem choremu, aby zaprzestał leczenia zdrojowo-kąpielowego, zachował ścisłą dyjetę i użył oleju rącznikowego. Ten ostatni wkrótce sprawił kilka obfitych wypróżnień stolcowych. W moczu oddanym pod wieczór wystąpił ś l a d b i a ł k a zaledwie dostrzegalny. Na drugi dzień, 14 lipca, stan chorego nie poprawił się, nie odzyskał on ani humoru ani łaknienia, język miał obłożony, a w przewodzie pokarmowym znalazłem lubo mniejsze to przecież jeszcze znaczne nagromadzenie kału; dla tego poleciłem mu, aby powtórnie użył oleju rącznikowego. Mocz z nocy n i e z a w i e r a ł b i a ł k a, ale w moczu drugim, oddanym około południa, wystąpiła b a r d z o d u ż a i l o ś ć b i a ł k a, nie znalazłem w nim jednak ani wałeczków ani ciałek krwi lub ropy, jedynie tylko kryształki kwasu moczowego i nieliczne kryształki szczawianu wapniowego. 15 lipca stan ogólny o tyle się zmienił, iż nieco poprawiło się łaknienie, język był mniéj obłożony, a w przewodzie pokarmowym nie było większego nagromadzenia kału. Badając skrzętnie chorego przez trzy tygodnie kilkanaście razy nie znalazłem wybitniejszych zmian w żadnym narządzie; zdziwiłem się przeto, skoro tym razem spostrzegłem znaczny obrzęk śledziony, schodzący na 4 palce poniżéj łuku żebrowego. Obrzęk ten był bardzo miękki, ciastowaty, a dotykanie go sprawiało choremu nie tyle bólu, ile raczéj doznawał on bardzo niemiłego uczucia. To spostrzeżenie było dla mnie tém dziwniejszém, iż poprzednio, przed owém nagromadzeniem się kału, stanowczo stwierdziłem, że nie było obrzęku śledziony; nadto nie mogłem wynaleźć żadnych podstaw do rozpoznania zakażenia zimniczego czyto dawniejszego czytéż świeżego. Ponieważ obrzęk śledziony był bardzo miękki, ciastowaty, przeto wstrzymałem się na razie od podania innych leków, a zastosowałem prąd przerywany na okolicę śledziony. Po dziesięciu minutach faradyzacyi obrzęk wybitnie zmniejszył się i stał się o tyle twardszym, że można było wybadać grubość jego brzegów. Ciepłotę od tego czasu badałem 3 razy dziennie, ale przez cały bieg choroby nie wystąpiła w niéj żadna nieprawidłowość. W moczu z nocy b i a ł k a b y ł o b a r d z o d u ż o w moczu w dwie godziny późniéj oddanym (zaraz po faradyzacyi) był zaledwie dostrzegalny ś l a d b i a ł k a, w moczach zaś następnie oddawanych wcale nie było białka. 16 lipca. Stan chorego cokolwiek polepszył się; nie czuł on już niesmaku w ustach, łaknienie powróciło, usposobienie jego było weselszém. W moczu oddanym po nocy n i e b y ł o b i a ł k a, w następnym zaś był ś l a d zaledwie dostrzegalny, a potém b i a ł k a w c a l e n i e b y ł o. Nadto kilkakrotnie badałem mocz pod względem ilości uroksantyny i zawsze znajdowałem jéj powiększenie, raz mniejsze, innym razem znaczniejsze. 17 lipca. Chory czuje się dosyć dobrze, ale narzeka, że po wstaniu z łóżka doznawał dosyé silnego bólu w okolicy śledziony. Przy badaniu znalazłem śledzionę znacznie mniejszą niż przedtém, tuż pod łukiem żebrowym, o brzegach dosyć grubych, była ona jednak dosyć miękką. Zastosowałem znowu prąd przerywany, poczém śledziona tak się zmniejszyła, że jéj wymacać nie mogłem. Mocz z nocy n i e z a w i e r a ł b i a ł k a, w moczu zaś drugim znalazłem ś l a d tegoż, a w następnych moczach znowu b i a ł k a n i e b y ł o. 18 lipca. Chory znowu jest więcéj zgnębionym, lubo mu nic nie dokucza. Ma on dobry apetyt i sen, czuje się jednak osłabionym, czuje, że dawna jego choroba wróciła. Nie byłem w stanie znaleźć żadnych zmian w ustroju, a wielkość śledziony była prawidłową. W moczu z nocy b i a ł k a n i e b y ł o, ale

znaczną jego ilość znalazłem w moczu następnym, a w późniejszych znowu go nie było ani śladu. To okresowe, lubo nie zbyt regularne, zjawianie się białka w moczu, również zjawienie się dużego obrzęku śledziony, dla którego nie mogłem znaleźć należytéj przyczyny, przemawia za tém, iż to zaburzenie polega na zboczeniu w czynności nerwów, i to mnie nakłoniło, iż poleciłem choremu, aby używał rano i wieczór po 0·5 gm. chloranu chininu. 19 lipca. Skutek tego leku był bardzo dobrym, gdyż chory czuł się więcéj ożywionym, silniejszym, a białka w moczu wcale nie było. Dla zapewnienia się jednak, czy polepszenie przypisać należy działaniu chininu, poleciłem, aby chory go nie używał, a natomiast brał daléj kąpiele gazowo-wodne naprzemian z borowinowemi. 20 lipca. Stan chorego nie pogorszył się, w drugim jednak moczu wystąpił ślad białka a w następnych moczach znowu go nie było. 21 lipca. Chory w ogóle czuje się mniéj ożywionym, nieco osłabionym. W moczu po wstaniu z łóżka znalazłem mały ślad białka a w drugim moczu po kąpieli gazowo-wodnéj, oddanym o godzinie 12téj, ilość białka była bardzo dużą. Poleciłem choremu, aby używał rano i wieczór po 0·5 chloranu chininu w proszkach. 22 lipca. Stan chorego znowu polepszył się. W moczu tak pierwszym jak drugim znalazłem zaledwie dostrzegalny ślad białka, a w dalszych moczach go nie było. 23 lipca. W moczu z nocy ślad białka, w moczu drugim znalazłem dużo białka, w następnych zaś moczach białka nie było. 24 lipca. Znowu chory czuje się gorzéj, czuje się osłabionym, przygnębionym, ale nie mogłem wykazać żadnych zmian w ustroju. W moczu z nocy znalazłem białka dużo, a w drugim moczu bardzo dużo. Poleciłem, aby chory więcéj się już nie kąpał, a używal rano i wieczór po 1·0 chloranu chininu w rozczynie. 25 lipca. W moczu pierwszym i drugim białko było jednakowo w dużéj ilości, a potém go nie było. 26 lipca. W moczu z nocy był wyraźny ślad białka, w moczu drugim nie było żadnego śladu, w moczu trzecim znowu ślad białka, a potém nie mogłem go wykryć. 27 lipca. W moczu pierwszym nic białka nie było, podczas gdy w drugim i trzecim było go dosyć dużo, a potém znowu białko zginęło. 28 lipca. W moczu pierwszym nie było białka, w drugim był ślad zaledwie dostrzegalny, a w następnych znowu białka nie było. 29 lipca. W pierwszym moczu znalazłem dużo białka, w drugim ślad zaledwie dostrzegalny, a w następnych moczach znowu białka nie było. Ponieważ chory narzeka na niemiłe, uboczne zaburzenia, wywołane działaniem chininu, a z drugiéj strony ponieważ nie mogłem dopatrzyć się, aby chinin istotnie wpływał czyto korzystnie, czytéż niekorzystnie na zjawianie się białka w moczu, przeto zaniechałem używania tegoż, i podania jakichkolwiek innych środków, mając to na celu, aby przez pewien czas daléj badać chorego, zanim przedsięwezmę dalsze leczenie. 30 lipca. W żadnym moczu przez cały dzień nie było białka. 31 lipca. W moczu z nocy dużo było białka a w następnych moczach tego dnia wykryć go nie mogłem, poczém przez dwa dni moczu nie badałem z powodu nieobecności chorego. 3 sierpnia. W moczu z nocy nie było białka, w moczu drugim znalazłem ślad jego a w moczu trzecim ślad zaledwie dostrzegalny. Chory nie widząc poprawy swego stanu zdrowia oświadcza, że ma zamiar opuścić Krynicę, nie wie jednak, gdzie się ma udać, gdyż wiele już środków i sposobów leczniczych wypróbował, a wszystkie go zawiodły. Poradziłem mu, aby przeprowadził leczenie zimną wodą w jednym z zakładów, do którego miał się wprost udać.

Przypadek tutaj opisany nie jest podobnym do żadnego z opisanych w literaturze, a przy jego rozważaniu nasuwa się na myśl wiele zagadnień. Ale zbyt śmiałém byłoby moje usiłowanie, aby wyjaśnić całą genezę zjawisk, a to tém więcéj, że fizyjologija nie ukończyła jeszcze swych prac odnoszących się do wydzielania moczu, a pojawianie się w nim białka w ogóle nie jest należycie wytłumaczone. Zastanawiając się jednak nad tym przypadkiem należy przedestkiém przypomnieć, jakie obecnie panują poglądy na przyczynę występowania białka w moczu.

Przeciw zmianie w przybłonkach kanalików moczowych i naczyń kłębków Malpighiego jako istotnéj a ogólnéj przyczynie białkomoczu obecnie występują niemal wszyscy badacze, a upatrują jéj w zmienionéj mięszaninie krwi lub w zmienioném krążeniu w nerkach.

Czy zmieniona mięszanina krwi sama przez się może być istotną a ogólną przyczyną białkomoczu (Stokvis, Magendie, Semmola), tego nie zdołano do dziś dnia ani należycie poprzeć ani téż obalić. Być bardzo może, że w niektórych przypadkach chorobowych dałoby się to przypuszczenie słusznie przyjąć, ale nie można go zastósować do wszystkich przypadków białkomoczu. Rozróżniano téż różne tego rodzaju białkomocze i tak: *albuminuria alimentaria* (Gubler, Brunton, Power), *alb. haematogena* (Bamberger), *alb. regulatoria* (Rosenbach).

W ostatnich czasach powszechnie przyjęto, iż występowanie białka w moczu zależy od zmienionego krążenia krwi w nerkach. Pominąwszy rozmaite tłumaczenia szczegółów zwolenników téj hipotezy możnaa rozdzielić na trzy grupy. Jedni z nich sądzą, że białko pojawia się w moczu skutkiem zwiększonego parcia krwi w kłębkach Malpighiego, gdyż rozczyn białka tém łatwiéj przechodzi przez błony, pod im większém znajduje się ciśnieniem (Ludwig, Herrmann, Overbeck) [1] a Bartels nadto przypuszcza, iż możebną jest zmiana w ścianach naczyń. — Drudzy za przyczynę białkomoczu uważają zmniejszone parcie krwi, tłumacząc to w ten sposób, iż przez to przepełniają się żyły nerkowe, i zwiększa się parcie w kanalikach moczowych (Edlefsen, Wolkenstein, Runeberg, Fischl). W końcu inni badacze, głównie Charcot a także Bamberger, Posner, Litten, wyprowadzają zjawianie się białka w moczu z przyczyny powolniejszego krążenia krwi w nerkach, gdyż przez to krew dłużéj styka się ze ścianami naczyń włosowatych, a więc przez nie białko przesączać się może. Z tego okazuje się, że sprawa zjawiania się białka w moczu nie jest dostatecznie wyjaśnioną, gdyż żadna z przytoczonych tutaj hipotez nie tylko nie uzyskała powszechnego uznania, ale każda z nich tak widocznie jest niedostateczną, iż nie zadowala samego autora, bo niemal każdy z nich robi pewne dodatki odnoszące się czy to do zmian w jakości krwi, czy też do zmian w ścianach naczyń, a któreto ostatnie mają zależeć od czynności nerwów.

Odnośnie do opisanego tutaj przypadku białkomoczu przedewszystkiém należy wykluczyć działanie zaduchu zi-

[1]) Do tego poglądu przyłączyłem się w r. 1877 dostrzegłszy przy doświadczeniach nad związkiem między chłonieniem a wydzielaniem moczu (Pamiętnik Tow. lek. warszawskiego 1877), iż u królików po podaniu około 100 gm. wody zawsze występował białkomocz trwający około 4 godzin.

mniczego, a to, zdaje mi się, że nie nasuwa wielkiéj trudności. Nie mogłem podejrzywać samego zakażenia zimniczego, albowiem 1) chory nie przebywał zimnicy, 2) nie mieszkał w okolicach malaryjnych, 3) przy licznych badaniach przez trzy tygodnie po przybyciu chorego do Krynicy, pomimo bacznéj w tym kierunku uwagi, nie dostrzegłem powiększenia śledziony, 4) nigdy nie dostrzeżono podniesienia się ciepłoty ciała, 5) białko w moczu nie występowało ściśle okresowo ale dosyć nieregularnie, 6) chinin nie wywierał widocznego wpływu. Również nie wydaje mi się prawdopodobném, aby obrzęk śledziony, który znalazłem w dniu 15 lipca, pochodził od ostrego zakażenia zimniczego, a to z z następujących przyczyn: 1) Krynica jest miejscowością wolną od zimnicy, nie występuje ona u stałych jéj mieszkańców; 2) chory mieszkał w domu suchym, w pokoju słonecznym na 2gim piętrze; 3) nie wystąpiło ani raz podniesienie się ciepłoty; 4) chinin nie usuwał cierpienia mimo wybitnych objawów zatrucia; 5) obrzęk śledziony nie był takim, jakim zwykle bywa w zakażeniu, tj. dosyć twardy o grubych a gładkich brzegach, ale był bardzo miękkim, ciastowatym; 6) według opowiadań chorego przy pierwszém badaniu takie same ogólne zjawiska chorobowe występowały po paru tygodniach pobytu w Szwajcaryi jako też w Zakopanem, i te zjawiska trwale utrzymywały się przez lat kilka. Daleko łatwiéj można tu wykluczyć, iż zaburzenia dostrzeżone w tym czasie w przewodzie pokarmowym nie były przyczyną przemijającego zjawiania się białka w moczu, albowiem występowało ono poprzednio bez tych zaburzeń, a utrzymywało się obecnie po ich usunięciu. Zdaje mi się, że w tym przypadku najprawdopodobniéj przyczyny zjawiania się białka w moczu szukać należy w zmienionéj czynności nerwów, które pośredniczą w krążeniu krwi w nerkach.

Równocześnie z pojawianiem się białka występowały tu pewne zboczenia w ustroju umysłowym: przygnębienie, zwątpienie, płaczliwość; nadto występowało ogólne uczucie osłabienia, którego żadną miarą wyprowadzać nie można z ubytku białka, gdyż to wydalało się w małéj tylko ilości, a chory miał doskonały apetyt i dobrze się odżywiał; w końcu z pojawianiem się białka w moczu występowała niezdolność płciowa, a ustępowała z ustąpieniem tego przypadu chorobowego. Nasuwa się przeto pytanie, czy istniał tu jaki związek między temi rozmaitemi zaburzeniami. Zdaje mi się, że nie znajdziemy podstawy, aby temu zaprzeczyć, ale z drugiéj strony nie zdołamy rozstrzygnąć, czy jedne z nich za przyczyny a inne za skutki uważać należy, czy téż należałoby je przyjąć jako objawy współrzędne. Moje osobiste zapatrywanie przechyla się do tego ostatniego przypuszczenia, i zaliczam ten przypadek do grupy mało jeszcze zbadanych zaburzeń chorobowych zwanych niedomogą nerwową, któreto zaburzenia mają się szerzyć na podstawie zboczeń w czynności nerwów naczynio-ruchowych, a jak wiadomo, mogą się one przeważnie usadawiać w rozmaitych narządach: w sercu, w żołądku, w nerwach czuciowych, nie pomijają téż narządu władz umysłowych. W tym przypadku usadowiłyby się głównie w narządzie moczo-płciowym.

Wystąpienie obrzęku śledziony, dla którego należało wykluczyć pochodzenie zimnicze, możnaby nawiązać z resztą przypadów chorobowych: możnaby przypuszczać, że ta sama przyczyna, która sprawiła zboczenie w czynności nerek, mogła także wpłynąć na powiększenie się tego narządu. Jeżeli się jednak uwzględni, że ten obrzęk śledziony wystąpił równocześnie z zaburzeniami w przewodzie pokarmowym, że łatwo dał się usunąć, a jego ustąpienie przypada prawie w tymże czasie, w którym ustąpiły zboczenia w narządzie trawienia; to niemniéj jest prawdopodobnym ściślejszy związek między temi dwoma przypadami chorobowemi nie zależnie od reszty zaburzeń.

V. Oceny i sprawozdania.

Melcher i Ortmann: **O przeszczepieniu trądu na królika.**

Ostatni badacze zajmujący się szczepieniem trądu, Damsch i Vossius, przyszli do wyniku, że laseczniki, mające być przyczyną trądu, rozwijają się i mnożą w ustroju zwierzęcym. Nie udało im się jednak wywołać ani ogólnego zakażenia zwierząt szczepionym jadem, ani też sprowadzić takiego schorzenia wewnętrznych narządów, któreby niewątpliwie odnieść można było do przeniesienia się jadu z miejsca szczepienia za pośrednictwem krążenia. Z doświadczeń wspomnianych badaczy wynika tylko, że najbliższe sąsiedztwo miejsca szczepienia ulega z wszelką pewnością zakażeniu. Okoliczność ta świadczy najwymowniéj, że ustrój królika stanowi przydatną glebę dla rozwoju laseczników trądu. Ujemny wynik wspomnianych doświadczeń tłumaczą Melcher i Ortmann zbyt długim okresem wylęgania. Do wypowiedzenia tego zdania uprawniają ich doświadczenia, uwieńczone pomyślnym rezultatem.

Dnia 6 Kwietnia 1884 r., wszczepili oni dwom królikom maleńkie cząsteczki guza trądowego do przedniéj komórki oka. Guz pochodził z człowieka, cierpiącego na trąd skórny *(lepra nodosa)*. U jednego królika nie wywołało szczepienie żadnéj reakcyi ze strony oka, gdy tymczasem u drugiego wystąpiło lekkie przyćmienie rogówki i wytworzył się zrost tęczówki z rogówką *(synechia anterior)*. Pierwsze zwierzę zdechło niestety w krotkim czasie. U drugiego królika przebieg pooperacyjny był z wyjątkiem wspomnianego zaćmienia rogówki i jéj zrostu z tęczówką wcale zadowalający. Dnia 13 lutego 1885 r., a więc po upływie mniéj więcéj 300 dni od operacyi, zwierzę bez poprzednich objawów chorobowych nagle zdechło.

Badanie ogolonéj skóry królika nie wykazało żadnych zmian. Wewnętrzne narządy, z wyjątkiem płuc, nie przedstawiały również żadnych zmian, gołém okiem dostrzegalnych. Płuco prawe w dolnych swych częściach jest zbitsze, barwy szaroczerwonéj, i posiada drobniutki, białawy nalot. Warstwy miąższu płucnego przylegające do opłucny mieszczą w sobie odosobnione guzki twarde, wielkości główki szpilki, barwy szarawéj. Niektóre guzki zlewają się w gromadki wielkości grochu. Na przekroju posiadają guzki szaro-żółtawą barwę i są oddzielone od tkanki płucnéj żółtą otoczką. Opłucna ćmawa, wejrzenia ziarnistego. Tu i ówdzie wiszą guzki, wielkości soczewicy, przyczepione do opłucny zapomocą cienkich szypułek. Płuco lewe przedstawia te same zmiany, tylko w mniejszym stopniu. Przy staranném badaniu całego płuca okazało się, że zmiany chorobowe umiejscowiły się tylko w powierzchownéj warstwie miąższu płucnego — i głównie w saméj opłucny, gdy tymczasem środkowe części płuc były zupełnie zdrowe. — Podobne guzki i zgrubienia, jak na opłucny, napotkano także na ściennéj blaszce osierdzia i w naczyniówce oka szczepionego.

Jakkolwiek zmiany w płucach zdawały się na pierwszy rzut oka odnosić do świeżéj, ostréj gruźlicy, to przecież obecność guzków w osierdziu i naczyniówce kazała domyślać się, że zmiany te zawdzięczają zaszczepionemu trądowi

swe powstanie. Badania drobnowidowe wspomnianych guzków wykazały niewątpliwie, że zmiany opisane były przyrody trądowéj. Zdołano bowiem wykryć wszędzie gromadki laseczników, właściwych trądowi.

W otoczeniu blizny rogówkowéj napotkano naciek zapalny, a w nim komórki już to małe, okrągłe, lub wrzecionowate, już też komórki większe, mieszczące w sobie gromadki laseczników. Nadto udało się badaczom odszukać w bliźnie maleńki kawałeczek tkaniny, która wprawdzie sama nie barwiła się, ale posiadała dość liczne laseczniki, po części źle się barwiące. Ten szczątek tkaniny uważają autorowie za resztę wszczepionéj tkanki trądowéj. — W tęczówce, w wyrostkach rzęskowych i w naczyniówce znaleziono liczne ogniska zapalne, w których znajdowało się mnóstwo komórek, zawierających laseczniki. Guzki mieszczące się w płucach są otoczone dosyć szeroką, czerwonawą obwódką. Obwódka ta składa się z drobniutkich, okrągłych czerwonawych ognisk, blisko siebie ułożonych. Przy silnych powiększeniach (immersya $\frac{1}{12}$) przekonać się można, że owe drobniutkie ogniska, złożone są z okrągłych i owalnych komórek, naszpikowanych formalnie lasecznikami. Uwydatnić trzeba, że przeciwnie w nekrotycznych środkowych częściach opisanych guzków napotkano tylko bardzo nieliczne, odosobnione prątki. Autorowie sądzą, że udało im się dopatrzeć związku laseczników z naczyniami krwionośnemi. Na podłużnych bowiem jak i poprzecznych przekrojach ścian naczyniowych widzieli liczne szeregi wielkich komórek, wypełnionych lasecznikami. Również napotkali liczne prątki wewnątrz komórek śródbłonka naczyń — a w świetle naczyń znajdowały się tu i owdzie komórki, większe od białych ciałek krwi, mieszczące w swém wnętrzu laseczniki. — W guzkach pokrywających opłucnę i osierdzie wykryto również gromady laseczników.

Na poparcie, że opisane zmiany były przyrody trądowéj, przytaczają autorowie, że laseczniki napotkano tylko wewnątrz komórek, a wiadomo, że wyłącznie śródkomórkowe rozmieszczenie laseczników cechuje tylko guzki trądowe. Wprawdzie Leyden wykazał, że laseczniki gruźlicze znajdują się także wewnątrz komórek pęcherzyków płucnych — nie należy jednak zapominać, że laseczniki gruźlicze znajdują się nietylko w komórkach olbrzymich, ale także we wszystkich innych składnikach tkaninowych. Najwięcéj atoli przemawia na korzyść laseczników trądowych okoliczność, że laseczniki badane barwiły się we wszystkich alkalicznych rozczynach anilinowych szybciéj, niż laseczniki gruźlicze.

W końcu nadmieniają autorowie, że zmiany w płucach zmarłych skutkiem trądu uważano dotychczas za zmiany suchotnicze. Widocznie nie badano dokładnie płuc, albo też nie znaleziono laseczników trądowych z powodu silnego już rozpadu miąższu płucnego. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1885. Nr. 13). *Dr. Prus.*

Volkmann: **O gruźlicy ze stanowiska chirurgicznego.**

Na Zjeździe niemieckich chirurgów w Berlinie miał Volkmann bardzo wyczerpujący wykład o gruźlicy, oparty na doświadczeniach i spostrzeżeniach wyłącznie przez chirurga poczynionych. Pobudką do tak szczegółowego w tym kierunku omówienia gruźlicy była okoliczność, że doświadczenia chirurgów nie zawsze licują z zapatrywaniami klinicystów. Wiadomo, że na sąd o klinicznem znaczeniu gruźlicy wpłynęły głównie dwie grupy faktów, a mianowicie 1) niemal nieuniknione zejście śmiertelne lub w ogólności ogromne niebezpieczeństwo, istniejące w gruźliczém schorzeniu wewnętrznych narządów, i 2) powszechne przekonanie, że gruźlica jest chorobą zakaźną, że szczepienie lub wstrzyknięcie masy gruźliczéj do krwi wywołuje zawsze ostrą, ogólną gruźlicę i że lasecznik gruźlicy jest niewątpliwie swoistym jadem téj choroby.

Wprawdzie szczepienie i inne odnośne doświadczenia wyjaśniły powstawanie ogólnéj gruźlicy prosówkowéj, nie zdołały jednak wywołać takich miejscowych schorzeń, któreby można było porównać z ogniskowemi schorzeniami, z jakiemi chirurg ma do czynienia. Okoliczność ta jest tém większéj doniosłości, jeżeli się uwzględni, że ogniskowe schorzenia gruźlicze, np. skóry, kości, stawów i t. p. nader rzadko sprowadzają gruźlicę prosówkową, i że sprawa chorobowa nosi przez bardzo długi czas cechę li tylko miejscowego schorzenia. Że mimo to wielu lekarzy dopatruje się przy każdém ogniskowém gruźliczém schorzeniu gruźlicy płuc, pochodzi to stąd, że nauka o gruźlicy rozwinęła się głównie na podstawie badań gruźlicy, umiejscowionéj w płucach.

W ostatnich 15 latach w obec udoskonalonego sposobu badania prątków powiększyły się doświadczenia o gruźlicy ze stanowiska chirurgicznego tak znacznie, że Volkmann z pobudek powyżéj wyłuszczonych uważa sobie za obowiązek przytoczyć treściwie wyniki swych spostrzeżeń.

Gruźlica skóry i tkanki podskórnéj. Toczeń (*lupus*) jest czystą formą gruźlicy skóry. Występuje nawet u osób, u których dziedziczność nie odgrywa żadnéj w tym względzie roli. Toczeń przejść może w inną formę gruźlicy skórnéj. Od tocznia odróżnić należy wrzody gruźlicze, przydarzające się przeważnie u dzieci. Pierwotnie uważano te wrzody za owrzodzenia zołzowe. Gruźlica tkanki podskórnéj międzymięśniowéj, okołostawowéj, jest nader rzadką. Zazwyczaj zostaje ona w związku z pierwotném siedliskiem choroby w gruczołach limfatycznych, w kościach lub w stawach, przyczém uwydatnić należy, że pierwotne ognisko jest czasem nadzwyczaj małe, i z tego względu przy operacyi łatwo przeoczoném być może. Ropnie występujące w gruźliczem próchnieniu kręgów należą do téj kategoryi gruźlicy.

Z pośród 57 przypadków tego rodzaju udało się Volkmannowi uzyskać w 23 przypadkach rychłozrost po należytém otwarciu ropni. Pierwotne schorzenie gruźlicze tkanki podskórnéj przydarza się u małych dzieci pod postacią zbitych płaskich guzów w skórze (*gommes tuberculeuses*). Guzy te wkrótce miękną i przebijają skórę. Przez wczesne otwarcie guzów i wypuszczenie ropy goją się takowe zazwyczaj szybko. Czasem drąży ropa w głąb i powstają wielkie głębokie ropnie gruźlicze. Ropnie gruźlicze są zawsze otoczone właściwą fijołkowo-szarą lub żółto-szarą błoną, kilka milimetrów czasem grubą, ubogą w naczynia, a wyścielaną licznemi gruzełkami. Błonę tę można łatwo odluszczyć od zdrowéj sąsiedniéj tkanki. Jeżeli po otwarciu ropni o treści sérowatéj natrafi się na rozlane zsérowacenia mięśni, to schorzenie tego rodzaju odnieść należy do kiły i uważać za zsérowaciałe kilaki. Tu brak jest wspomnianéj błony, która cechuje li tylko schorzenia przyrody gruźliczéj.

Gruźlica błon śluzowych dostępnych dla chirurga. Gruźlica języka występuje już to pod postacią wrzodów, już téż w formie guzów. Odosobnione wrzody gruźlicze z grzybiastemi wybujałościami i stwardniałém otoczeniem łatwo pomieszać można z rakiem języka, szczególnie u osób podeszłych wiekiem. Tymczasem formę guzowatą gruźlicy języka trudno odróżnić w początku od kilaków.

Dopiero dalszy przebieg, mianowicie serowate rozmięknienie guza i przemiana w ropień daje właściwą w tej mierze wskazówkę. Gruźlicę gardła i podniebienia widział Volkmann tylko u młodych osób w okresie pokwitania. Tu pojawiają się płaskie, wielkości soczewicy, zlewające się wrzody o podstawie żółtawej, pomiędzy któremi to wrzodami spostrzedz można przy silnem oświetleniu odosobnione gruzełki prosówkowe. Wrzody te usadawiają się na łukach podniebiennych, na tylnej ścianie podniebienia miękkiego i przełyku. Czasem następują zrosty podniebienia z tylną ścianą przełyku tak znaczne, że jama przełykowa zamkniętą jest zupełnie od jamy nosowej. Kiła nie sprowadza podobnych zrostów, lecz raczej rozległe ubytki. Na błonie śluzowej nosa tworzące się wrzody gruźlicze nazywa autor *ozaena tuberculosa*. Na wargach widział Volkmann dwa razy głębokie gruźlicze wrzody. Fistula ani rozwija się najczęściej na tle gruźliczem. Jest to już od dawna znaną rzeczą. Po przebiciu się odosobnionego wrzodu gruźliczego usadowionego w jelicie rozwija się czasem zwolna zapalenie okątnicowe (*perytiphlitis*), połączone z wytworzeniem się wielkich ropni gruźliczych i przetok. (Dok. nast.).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z dnia 18 marca 1885.
Przewodniczący kol. prof. Rosner. Członków obecnych 25. Gość Dr. Halski z Wiednia.

1) Sekretarz odczytał streszczoną osnowę obrad nad wnioskiem kol. Świątka, zmierzającym do skuteczniejszego wspierania wdów i sierot po zmarłych lekarzach, oraz opiniję Komitetu co do tego wniosku, zredagowaną przez kol. Domańskiego jako sprawozdawcę. Przyjęto.

2) Kol. W. Piasecki mówił: „o stosowaniu hydroterapii w porze zimowej“.

3) Kol. Jan Rosner opisał przypadek z kliniki prof. Madurowicza: „Zarośnięcie ujścia pochwowego błoną dziewiczą, otok ropny pochwy i macicy“. (Ogłoszony już w „Przeglądzie Lekarskim“).

W dyskusyi zabiera głos kol. prof. Madurowicz, który mniema, że przypadek opisany nie dla tego należy do rzadkich, że przedstawiał zarośnięcie pochwy w skutek błony dziewiczej nieprzebitej, lecz dla tego, iż po rozcięciu tej błony zamiast oczekiwanej i zazwyczaj w podobnych przypadkach okazującej się krwi wypłynęła ciecz rzadka, ropiasta. Przypadki, w których w takich razach wypuszczamy krew, nie są tak rzadkie; co rok w tutejszej klinice zdarza się jeden lub dwa. Przeciwnie, takie w których nie wypływa po nakłóciu lub nacięciu krew lecz inna ciecz, należą do bardzo rzadkich, bo dotąd znamy podobnych trzy lub cztery. Dalej przypadek ten jest ważny wobec różnych teoryj powstawania i działania bakteryj, że ropa tu powstała w przewodzie zupełnie zamkniętym, z tego powodu sądzi, że prątki kuliste lub ich zarodniki musiały się tu znajdować w ciele, ale w stanie obojętnym, nieszkodliwym dla organizmu, a dopiero po nagromadzeniu się wydzielanej pierwotnie cieczy, czyto krwawej, czy śluzowej, która nie miała naturalnego odpływu, rozwijać się i mnożyć poczęły jako w glebie przyjaznej, wywołując zamianę tej cieczy na ropiastą. Na to zapatrywanie zgadzają się biorący udział w dyskusyi koll. Zarewicz, Mars, Gluziński i Zaremba.

Sekretarz.
Dr. Dobruchowski.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 9 stycznia 1885.

Obecnych członków sześciu i gość Dr. Kittel z Franzensbadu. Do przewodniczenia zaproszono kol. Świderskiego.

Wicherkiewicz wygłasza swój odczyt „o kokainie i jego wartości leczniczej, mianowicie w dziedzinie okulistyki“. Odczyt ten umieszczonym został w Przeglądzie Lek.

W rozprawie nad powyższym tematem zabiera głos kol. Koszutski zapytując się, ażali prelegent używał także kokainu poskórnie, na co tenże potakująco odpowiadając w krótkich słowach streszcza przebieg dość znacznego zapalenia tęczówko-rzęskowego towarzyszącego zaćmie urazowej, w którymto przypadku boleści znaczne pozbawiające chorego snu i daremnie zwalczane wypróbowanemi środkami zadziwiająco prędko ustąpiły na 24 godzin po podskórnem zastrzyknięciu 0,01 chlorku kokainu.

Następnie kol. Koszutski zwraca uwagę na odmienne od dawniejszego postępowania Listera przy operacyjach i opatrywaniu ran. Lister odrzuciwszy dotychczasowe swe środki przeciwgnilne i odwietrzające używa do opatrunku tylko połączenia białka z sublimatem. Nawiązując do tego wyraża kol. Koszutski przekonanie, że w naszych stosunkach kwas karbolowy nie tak prędko w chirurgii porzuconym zostanie, a ze względu na to, wita nowy przez chemika Liebiga sporządzony wytwór kwasu karbolowego we formie trwalszych kryształków, które w oddzielonych już częściach w papierze przechowywane ułatwiają lekarzowi prędkie przyrządzenie odpowiednio silnych roztworów.

Po zakończeniu części naukowej posiedzenia, przystąpiono do wyboru zarządu. Dotychczasowy zarząd postanowiono przez aklamacyję w urzędowaniu zatwierdzić. W końcu zdaje sekretarz sprawę ze stanu kasy. *Dr. Wicherkiewicz.*

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj, Nauk poznańskiego z dnia 6 lutego 1885.

Obecni koledzy: Świderski, Koszutski, Zielewicz, Kapuściński, Święcicki, Osowicki, Stan i sekretarz. Przewodniczy posiedzeniu kol. Świderski.

Protokół odczytano i podpisano. Załatwiono również sprawę czytelni lek.

Kol. Osowicki przedstawia następnie 5-letnią dziewczynkę, u której przed kilku miesiącami wypiłował kolano, przyczem tak kość goleniowa, jakoteż udowa w znacznym rozmiarze z powodu ognisk gruźliczych musiała być wyciętą. Przypadek ten korzystny dał wynik, gdyż kostnina przedstawia się dobrze stężoną, a cała odnoga tylko 2cm. krótszą od drugiej nogi. Do opatrunku użyto jodoformu w bardzo znacznej ilości bez zakażenia.

Kol. Koszutski wspomina o chorobach obecnie nagminnie panujących (zimnica i błonica z płonicą, żarnice, krztusiec, zapalenie połyku i gardła).

Następnie wzywa przewodniczący, gdy kol. Zielewicz w kilku słowach pośmiertne zrobił wspomnienie o zmarłych niedawno kolegach Gustawie Piotrowskim, Brodowiczu i Żulińskim, obecnych do oddania czci zmarłym członkom przez powstanie, co też nastąpiło.

W końcu przedkłada sekretarz przysłane dla sekcyi dzieło prof. Szokalskiego pod tytułem: „Początek i rozwój umysłowości w przyrodzie“.

Dla spóźnionej pory uproszono kol. Święcickiego, ażeby zapowiedziany odczyt swój „o płodach zbutwiałych“ zechciał na następnem wygłosić posiedzeniu.

Dr. B. Wicherkiewicz.

VII. 14ty Zjazd Towarzystwa niemieckich chirurgów w Berlinie (dnia 8go — 11go kwietnia 1885 r.)

Dnia 8go b. m. w południe zagaił Langenbeck w wielkiej sali Uniwersytetu berlińskiego pierwsze posiedzenie czternastego Zjazdu Towarzystwa niemieckich chirurgów. Oprócz wszystkich wybitniejszych osobistości lekarskich tutejszych, wzięło udział w posiedzeniach Zjazdu bardzo wielu chirurgów niemieckich i zagranicznych tak, że liczba uczestników dochodziła czterystu. Z lekarzy polskich brali udział prof. Mikulicz i Dr. Szymkiewicz z Krakowa, Drowie Chwat z Warszawy, Rydygier z Chełmna, Wysocki z Poznańskiego, Horoch asystent prof. Alberta z Wiednia, z Pragi zauważyłem między innymi Drów Wünsch-Zdeborskiego i Steppana.

W przemówieniu swem, które było niejako krótkiem

srawozdaniem z rozwoju Towarzystwa, zawiadomił L. po przystąpieniu do Towarzystwa 16tu nowych członków, wśród których są lekarze z Chicago, Holandyi i Dr. Haszimoto, dyrektor szpitala w Tokio w Japonii. Towarzystwo liczy obecnie 345 członków.

Naukowe rozprawy rozpoczął prof. Volkmann z Hali od wykładu o doświadczeniach poczynionych przez chirurgów wśród leczenia spraw gruźliczych [1]). Mowca nadmienił, że ogólne uznanie w oczach klinicystów zjednały sobie obecnie dwa zapatrywania. Pierwsze: że sprawy gruźlicze kończą się zazwyczaj śmiertelnie, a co najmniéj, że wśród spraw tych w narządach wewnętrznych zagraża chorym bardzo wielkie niebezpieczeństwo; drugie: że gruźlica jest chorobą zakaźną, a prątek gruźliczy niewątpliwie przyrzutem téjże. Rezultaty jednakże doświadczeń klinicystów, którzy mają sobie powierzone t. zw. „szlachetniejsze" narządy, nie zupełnie zgadzają się z rezultatami doświadczeń poczynionych przez chirurgów. Sprawy gruźlicze będące przedmiotem badania i leczenia chirurgicznego rzadko dają powód do ogólnego zakażenia, a jeżeli zakażenie takie nastaje, należy je nazwać raczéj przypadkowém. Pochodzi to ztąd, że chirurdzy znajdują się zazwyczaj w położeniu znacznie korzystniejszém, narządy schorzałe są bowiem dostępne ich oku, albo téż mogą sobie cale ogniska zakaźne odsłonić i części schorzałe wydalić, a chirurgija jest obecnie w tym okresie rozwoju, że zabiegi pewne możnaby nazwać autopsyją na żyjącym. Wiele téż pytań, dotyczących téj najważniejszéj choroby doczeka się odpowiedzi ze strony chirurgów. W treściwém zestawieniu przedłożył V. schematyczny pogląd na sprawy gruźlicze skóry, błon śluzowych, kości, stawów, torebek ścięgnistych i gruczołów limfatycznych a ktokolwiek słyszał wykład ten, trwający przeszło godzinę, oparty na rozległém doświadczeniu, jakie V. ma w tych kwestyjach obok Königa, nie domyśliłby się bez wątpienia, że badacza tego zaliczają Niemcy do swoich lepszych fabulistów, który pod pseudonimem Ryszarda Leandra wzbogacił ojczystą literaturę swojemi: *Träumereien an französischen Kaminen.*

Wykład następny prof. Brauna z Jeny o chirurgicznem leczeniu zagłoby jelit wywołał żywą dyskusyję, poczém omówił Grimm (asystent prof. Bergmanna) rzadki przypadek chyluryi, obserwowany w tutejszéj klinice.

Przedstawienia chorych i preparatów odbywały się w sali wykładowéj i operacyjnéj tutejszéj kliniki chirurgicznéj. Zauważyć muszę, że jakkolwiek w sali téj wspaniałéj brało udział w pracach Zjazdu około 300 osób, nie można się było wcale użalać na duszność lub gorąco. Nie podobna w niniejszém sprawozdaniu wyliczać nawet tych demonstracyj, to téż ograniczę się do wzmianki o najwięcéj zajmujących. Docent Fehleisen (z Berlina), przedstawił szereg preparatów i rysunków mających zestawić zalety i wady metod operacyjnych, używanych celem wydobycia kamieni moczowych za pomocą cięcia. W związku z tą demonstracyją był wykład Antala (z Budapesztu) o własnéj modyfikacyi operacyi t. zw. wysokiego cięcia. Prof. Sonnenburg (z Berlina), okazał preparaty z dwóch przypadków wycięcia pęcherza moczowego, które się zakończyły niepomyślnie. Po wykładach Königa i Bramana (z Berlina), pierwszego: O nowéj metodzie wycięcia stawu skokowego, drugiego: O operacyi tętniaka tętnicy karkowéj, najwięcéj zajęcia wzbudzało i żywe oklaski wywołało zdanie sprawy z doświadczeń podejmowanych przez Gärtnera, lekarza sztabowego, pracującego w państwowym Urzędzie zdrowia nad działaniem przeciwpasorzytném i przeciwgnilném rozczynów kwasu karbolowego o różném zgęszczeniu. Autor poddawał badaniu nie tylko skórę zwierząt, lecz także noże, inne narzędzia, jedwab, ręczniki itp. i przekonał się, że 3% rozczyn kw. karbolowego zabija w przeciągu kilkunastu sekund wszystkie zarodki pasorzytów znanych obecnie chirurgom. Kw. karbolowy jako *antisepticum* w wielu względach zasługuje na pierwszeństwo przed sublimatem, a zapatrywanie przeciwne nie jest uzasadnioném. (Prof. Mikulicz wypowiedział to zdanie już na zeszłorocznym Zjeździe w Berlinie, a następnie w *Przeglądzie Lek.*). W tym samym kierunku mówił Kümmel z Hamburga, który do tych samych doszedł wyników.

Popołudniowe posiedzenie we czwartek było widownią zapasów na temat gruźlicy, w których przedewszystkiém brali udział Volkmann i König; ze względu na przedmiot uczestniczył Koch téj gorącéj rozprawie.

Posiedzenie przedpołudniowe w piątek obfitowało w zajmujące demonstracyje, z których przedewszystkiém wspomnieć wypada o przypadkach *spinae bifidae,* wyleczonych za pomocą wstrzykiwań jodu (100) przez Laugenbecka i za pomocą operacyi przez Bergmanna. Nie mniéj interesującym był przypadek szpary w podniebieniu, niekwalifikującéj się do operacyi zwykłéj, w którym po operacyi przez siebie zmodyfikowanéj, a wreszcie po zastósowaniu obturatora, doprowadził prof. Wolff do niezwykłéj w tych przypadkach poprawy mowy u dziewczynki 10letniéj.

Do tego samego działu chirurgii jamy ustnéj należały przypadki i preparaty przedstawione przez Rudophiego i prof. Sauera, ostatnie z tujejszego zakładu dentystycznego i przypadek prof. Rankego: Wypiłowanie szczęki dolnéj z powodu prawdziwego stężenia w stawie po jednéj stronie — z rezultatem bardzo pomyślnym.

Z kolei nastąpiły demonstracyje z zakresu chirurgii przewodu pokarmowego i moczowego. W dziale tym miała Polonia dwóch reprezentantów, pierwszym był Dr. Kajetan baron Horoch z Wiednia, który okazał i objaśnił rysunkami preparaty: jeden nerki wyciętéj całkowicie, drugi śledziony wyciętéj przez prof. Alberta; drugim Dr. Rydygier, który okazał preparaty z ostatnich wycięć żołądka dokonanych przez siebie, przyczém zauważył, że kobiety lepiéj znoszą ten zabieg operacyjny niż mężczyźni. Z trzech kobiet operowanych wszystkie mają się zupełnie dobrze, podczas gdy u dwóch mężczyzn nastąpił wynik śmiertelny. Hacker, asystent prof. Billrotha z Wiednia, okazał preparaty z 2ch wycięć żołądka wykonanych w ostatnich czasach z rezultatem pomyślnym przez prof. B. i przez siebie. Statystyka prof. B. wykazuje, że na 18 operowanych uzyskano w 8miu przypadkach rezultat pomyślny.

Posiedzenie w auli rozpoczął Langenbeck od czytania dziękczynnych telegramów od Sir James Pageta i Józefa Listera, którzy zostali na pierwszém posiedzeniu wybrani członkami honorowymi Towarzystwa; poczém Bergmann przedstawił zapatrywania swoje na sprawę ucisku mózgowego (nie zgadzając się z zapatrywaniami prof. Adamkiewicza). Piękny tak co do formy jakotéż treści wykład wywołał żywe oklaski.

Przedostatnie posiedzenie rozpoczęto od dyskusyi na temat o leczeniu końskiéj stopy, odnośnie do wykładu Bessel-

[1]) Sprawozdanie z tego wykładu podajemy powyżéj. *Red.*

Hagena o leczeniu tego zboczenia za pomocą wyjęcia kości skokowéj. Lauenstein z Hamburga powrócił jeszcze do tematu o wycięciu żołądka: metoda jego ma na celu skrócić trwanie operacyi do 2½ godziny, którą dotąd wykonywa się przez 4 do 5 godzin. Esmarch przedstawił szereg przyrządów własnego pomysłu z zakresu chirurgii polowéj; Kümmel (z Hamburga) chorego operowanego według metody prof. Mikulicza. Wreszcie wszczęła się obszerna rozprawa nad operacyjami wargi zajęczéj.

Ostatnie posiedzenie wypełniły sprawy administracyjne. Ze sprawozdania kasowego okazało się, że Towarzystwo ma obecnie 56.000 m. majątku. Budowa własnego domu mającego służyć wyłącznie na cele Tow. chir. niem. będzie niebawem możliwą. Po kilku krótkich wykładach i demonstracyjach wybrano przewodniczącym przyszłego Zjazdu prof. Langenbecka.

Po tém posiedzeniu podejmował prof. Mikulicz na Zjeździe obecnych Polaków i Czechów ucztą w hotelu „Kaiserhof“. W gronie tem był również inżynijer p. Saré, który już od kilku dni zwiedza tutejsze zakłady naukowe.

Berlin d. 12 kwietnia 1885. *Dr. Schaitter.*

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w marcu 1885.

Tyfus brzuszny, który w lutym panował w 96 miejscowościach, 36 powiatów, rozszerzył się w marcu na 103 miejscowości 34 powiatów. Najwięcéj nawiedzonych tą chorobą gmin było w powiecie mościckim (12 gmin), jaworowskim (11), grodeckim (8) żółkiewskim (4). Wszystkie te powiaty sąsiadują z sobą i we wszystkich tych samych powiatach tyfus brzuszny był w lutym najwięcéj rozpowszechnionym. Prócz tego panował tyfus w 5 gminach powiatu horodeńskiego i w 4ch gminach powiatu czortkowskiego tudzież jasielskiego. Z 2770 chorych leczonych w marcu wyzdrowiało 1655 osób czyli 59·7%, umarło 226 czyli 8·2%, pozostało w leczeniu 889 chorych. Największa ilość chorych była w Dzibałkach (107) w pow. żółkiewskim z przebiegiem jednak łagodnym, w tym samym powiecie także w Bojańcu (58) i Dobrosinie (51) w Kosowie w pow. czortkowskim 83 chorych, w Nienadowy (81) i w Sierakościach (55) w pow. przemyskim, w Bratkowicach (77) w pow. grodeckim, w Czyżkach (56), w Milczycach (60) i Starzawy (64) w powiecie mościskim, w Styberówce (68) w pow. brodzkim, w Sielcu (58) w pow. sokalskim, w Kontach (52) w pow. złoczowskim, w Jazowie starym (68) w pow. jaworowskim.

Tyfus plamisty także rozszerzył się, stwierdzono go w marcu w 45 miejscowościach dwudziestu powiatów, głównie w powiecie staromiejskim, sąsiednim samborskim, drohobyckim i tureckim, także w mieście Jaworowie. Z 1054 leczonych w marcu chorych wyzdrowiało 644 czyli 61·1%, umarło 71 czyli 6·7%, pozostało w leczeniu 339 osób. Wyżéj 50 chorych w jednéj miejscowości stwierdzono w Kozłowie (57) w brzeżańskim pow., w Rożniatowie (62) w pow. dolińskim, w Dołhem (80) w pow. drohobyckim, w mieście Jaworowie (79), w Woli zgłobieńskiéj (72) w pow. rzeszowskim, w Jorhanowicach (50) w pow. samborskim, w Pitryczu (51 na ludność 165 osób) w pow. stanisławowskim,

Dyfteryję stwierdzono w czterech miejscowościach trzech powiatów, w ogóle z przebiegiem łagodnym, gdyż na 123 leczonych chorych wyzdrowiało 67 czyli 54·5%, umarło 16 czyli 13%, pozostało w leczeniu 40 osób w dwu miejscowościach.

Szkarlatyna, która, jak to już w poprzedniém sprawozdaniu podniesiono, już od połowy grudnia r. z. coraz bardziéj wygasa, panowała w marcu tylko w 28 miejscowościach 19tu powiatów, szczególnie w powiecie wielickim, sanockim i staromiejskim, zresztą zaś tylko po jednéj gminie 15tu powiatów. Z 564 leczonych w marcu chorych wyzdrowiało 376 osób, czyli 66·7%, umarło 74 czyli 13·1%, pozostało w leczeniu 114 chorych w dziewięciu gminach.

Odra wzmogła się znacznie, sprawdzono ją w 126 miejscowościach 28 powiatów, a szczególnie w powiecie żywieckim rozszerzyła się ona tak dalece, że w 26 miejscowościach tego powiatu było 2484 chorych, z tych wyzdrowiało 1502, umarło zaś 112, także w sąsiednim bialskim powiecie panowała odra w 9ciu gminach, w tyluż w jarosławskim, w chrzanowskim w siedmiu, sandeckim w ośmiu.

Z 6797 leczonych w marcu chorych wyzdrowiało 4769 czyli 70·2%, umarło 379 czyli 5·6%, pozostało w leczeniu 1649 a więc nieco mniéj jak z końcem lutego (bo wówczas 1732).

Krztusiec stale zmniejsza się; w marcu stwierdzono go jeszcze w 58 gminach 25ciu powiatów, przeważnie w złoczowskim, w dziewięciu miejscowościach i w sąsiednim przemyślańskim w sześciu gm. także w mościskim w ośmiu gminach. Największą ilość ofiar zabrała ta choroba w powiecie złoczowskim, a zwłaszcza w miasteczkach Pomorzanach i Jezierny; w ogóle w tym ostatnim powiecie umarło w marcu 31 osób na 529 leczonych z powodu krztuśca chorych, a od początku epidemii w tych samych 9ciu gminach umarło 157 chorych.

Z 2854 leczonych w całym kraju chorych z krztuśca wyzdrowiało w marcu 1791, czyli 62·8%, umarło 128, czyli 4·5%, pozostało na kwiecień 935 chorych w 24 miejscowościach.

Ospa panowała w marcu w tych samych powiatach jak w obu poprzednich miesiącach, lecz rozszerzyła się mianowicie w powiecie sandeckim bardzo znacznie. Również w mieście Lwowie stwierdzono dosyć znaczne pogorszenie.

W ogóle panowała ospa w marcu w 65 miejscowościach 18 powiatów i w stolicy kraju. Najwięcéj rozszerzoną była w powiecie sandeckim, w 19 miejscowościach stwierdzono 427 chorych, z których 297 wyzdrowiało, a 44 umarło. Mniéj groźnie wystąpiła ospa w sąsiednim powiecie gorlickim, w 11 miejscowościach stwierdzono 140 chorych, z których 103 wyzdrowiało, a tylko 12 umarło. W mieście Lwowie doszło w marcu do wiadomości urzędowéj 145 przypadków zachorowania na ospę, co w każdym razie jest cyfrą zbyt niską w porównaniu do liczby zmarłych w tym miesiącu, t. j. do 61. Na kwiecień pozostało we Lwowie 37 chorych.

Z 1161 leczonych w kraju chorych ospowych wyzdrowiało w marcu 568 szczepionych (73·3%), 170 nieszczepionych (46·6%), umarło 48 (6·2%) szczepionych a 116 (30·1%) nieszczepionych, pozostało w leczeniu 259 chorych w 32 miejscowościach, w końcu lutego była niemal równa ilość chorych 258 w 31 miejscowościach.

Lwów, dnia 13 kwietnia, 1885. *Dr. Merunowicz.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 22—28 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 46,1. Z płonicy umarło 2 (2 z. t.); z duru brzusznego 4 (0 z. t); z róży 2 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry i 1 przypadku płonicy. W tygodniu od 15—21 marca umarło z ospy w Londynie 19, leczyło się w szpitalach 913, świeżo zapadło 145. Po 1 umarło z ospy w Paryżu, Liworpolu, Manchester, Petersburgu, Aleksandryi i Madrasie, po 2 w Warszawie, Odesie, Kalkucie, 3 w Pradze, 4 w Bombayu, 7 w Wenecyi, 8 w Rzymie, 17 w Wiedniu. Odra panuje w Stokholmie, gdzie z niéj umarło 28. Z cholery umarło w Kalkucie od 24—31 stycznia 17, w Madrasie od 7—13 lutego 19, w Bombayu od 11—17 lutego 6.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 15—21 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 45,4; w Warszawie 28,6; w Poznaniu 19,3; w Wiedniu 32,2; w Pradze 31,1; w Berlinie 23,3; w Hamburgu 26,1; w Gdańsku 29,7; w Wrocławiu 28,6; w Dreźnie 28,4; w Lipsku 25,5; w Mnichowie 35,4; w Bazylei 21,2; w Brukseli 21,5; w Amsterdamie 30,9; w Hadze 29,4; w Paryżu 25,3; w Londynie 21,4; w Kopenhadze 23,6; w Stokholmie 33,4; w Chrystyjanii 23,2; w Petersburgu 34,7; w Odesie 30,8; w Rzymie 29,8; w Wenecyi 35,0; w Bukareszcie 28,1; w Aleksandryi 36,0; w Nowym Yorku 29,3; w Filadelfii 36,4; w Bombayu 28,7; w Madrasie 43,0. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 kwietnia. Wczoraj odprowadziliśmy na miejsce wiecznego spoczynku zwłoki śp. Alfreda Wolframa,

asystenta kliniki lekarskiéj. Urodzony w r. 1858 utraciwszy w dziecięctwie rodziców od najmłodszych lat był zmuszony w znacznéj części sam sobie pomagać; z trudem materyjalnym, ale pierwszy między kolegami kończy gimnazyjum w Krakowie, aby następnie w r. 1876 wstąpić na Wydział lekarski a w styczniu 1882 otrzymać dyplom doktorski. Zamiłowany w pracy, obdarzony nieposledniemi zdolnościami wkrótce znajduje pole do dalszego kształcenia pod upragnionym kierunkiem ostatniego swego przełożonego otrzymując posadę asystenta kliniki lekarskiéj w naszym Uniwersytecie. Na stanowisku tém zyskał sobie uznanie swego kierownika, szacunek i miłość kolegów, a wdzięczność tych, z którymi nagromadzoną wiedzą chętnie się dzielił. Z czasu tego pochodzą prace ogłoszone drukiem, a mianowicie: 1) Zachowanie się ciężaru ciała w chorobach gorączkowych ostrych (*Gazeta Lekarska* 1883).—2) przypadek tętniakowego prawdopodobnie wrodzonego rozszerzenia tętnicy płucnéj. Miażdżyca gałęzi tętnicy płucnéj znacznego stopnia (*Gazeta Lekarska* 1883).—3) Przyczynek po nauki o samoistném znużeniu serca. (*Przegl. Lek.* 1884).—4) O znaczeniu rozpoznawczém prątków gruźliczych. (Wykład na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu). (*Przegląd Lek.* 1884).—W ostatnich czasach z gorączkową wytrwałością i pośpiechem, jakby czuł, że mu czasu nie stanie, dokonywał poszukiwań nad zachowaniem się soku żołądkowego w chorobach gorączkowych,—aby i tę pracę drukiem ogłosić, już życia nie starczyło. Żałobna ceremonija pogrzebu była najlepszym dowodem, ile szacunku i sympatyi w krótkiém swém życiu umiał sobie zjednać śp. Alfred Wolfram. — W mieszkaniu zmarłego rzewnemi słowami pożegnał prof. Korczyński swojego nieodżałowanego ucznia i asystenta, a profesorowie Wydz. lek., koledzy, uczniowie i liczna publiczność odprowadzili zwłoki na miejsce wiecznego spoczynku, gdzie pożegnał zmarłego w imieniu kolegów Dr. Gluziński, w imieniu uczniów Wydz. lek. p. Wilson.—Niech mu ziemia będzie lekką, na któréj tak krótko żyć mu było dozwoloném! A jednak krótki ten żywot nie był bez korzyści dla kraju i społeczeństwa. Śp. Wolfram dostarczył dowodu, jak śród stosunków niekorzystnych można wywalczyć sobie stanowisko zaszczytne, jeżeli ze zdolnościami wrodzonemi idzie w parze chęć do pracy i skromność; skromnością też zdobywał sobie wszystkie serca, podczas gdy pilność jego wróżyła mu piękną przyszłość. Z prawdziwą dumą słyszeliśmy na Zjeździe poznańskim głosy starszych kolegów odzywające się z uznaniem o wiedzy młodego asystenta, bo uznanie to było pochlebném także dla szkoły, z któréj wyszedł ten młody a nadziei pełen pracownik. Niestety wszystkie te nadzieje pokrywa grób; niechaj przynajmniéj przykład i pamięć jego przyświecają młodszemu pokoleniu, jako zachęta do równych usiłowań i zapowiedź równych sukcesów!

* W Krakowie i w najbliższéj okolicy zaczyna się pojawiać częściéj nagminne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych. W klinice lekarskiéj krakowskiéj. w któréj dla szczupłości miejsca nie od razu zaznacza się charakter panujących chorób, mimo to zauważono od połowy stycznia b. r. już 4 przypadki téj choroby.

* Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Monachijum, odbytém d. 1 bm. Pettenkofer i uczniowie jego wystąpili z wykładami o cholerze, zbijając naukę Kocha. Pettenkofer sam zagaił niejako popis wygłoszeniem ponowném swojego zapatrywania znanego powszechnie, opierając się nadto na dziele Dra Cunninghama, w roku przeszłym w Kalkucie wydaném. Jest on bardziéj niż dotąd lokalistą w przeciwieństwie do kontagijonistów. Po nim mówili Emmerich i Sehlen, zbijając w szczególności znaczenie prątków cholerycznych. Obecny na tém posiedzeniu kolega krakowski zapewnił nas, że z wykładów tych nie wyniósł wrażenia korzystnego, a nadto będąc późniéj u Kocha usłyszał od niego, że próby szczepienia, w sposób prosty uskutecznione, udają się teraz dobrze, tak że o słuszności swojego zapatrywania mocniéj niż przedtém jest przekonany. *Berl. klin. Woch.* donosi téż, że Koch niebawem wystąpi z wynikiem prac swoich nowszych.

* **Lwów.** Ministerstwo Oświecenia poruczyło Drowi Szpilmanowi wykłady fizyjologii w szkole weterynarskiéj obok wykładu farmakologii.

* **Nekrologija.** W Pradze czeskiéj umarł b. profesor chirurgii w tamecznym Uniwersytecie Dr. Józef Blažina w 72 roku życia. Urodzony w r. 1813 w Rožnitalu uzyskał stopień doktora w Pradze w r. 1840; zrazu był asystentem prof. Pithy, późniéj zastępcą profesora anatomii we Lwowie, a następnie profesorem chirurgii w Salzburgu. W r. 1857 został następcą Pithy w Pradze i na téj posadzie pozostał aż do r. 1879.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 15: Blumenstoka: Zbrodnia czy obłąkanie (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 15: Jaworskiego: Studyja kliniczne nad wpływem wody karlsbadzkiéj; Sokołowskiego: Przypadek owrzodzenia gruźliczego błony śluzowéj nosa; Minkiewicza: Choroby dróg oddechowych (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 22 b. m. o godz. 6éj w Zakładzie patologii doświadczalnéj posiedzenie zwykłe, na którém prof. Adamkiewicz wyłoży rzecz o odkrytych przez siebie ciałkach nerwowych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Dr. ANJELA

Zakład wodoleczniczy w Zuckmantel

(na Śląsku austryjackim).

W najpyszniejszém położeniu górskiém, tuż obok lasów milowéj rozległości. Najsumienniejszy nadzór leczniczy obok najtroskliwszego pielęgnowania.

Stacyja kolejowa **Ziegenhals** o milę odległa.

APTEKA POD GWIAZDĄ

Konstantego Wiszniewskiego

w Krakowie

poleca najprzedniejszy ***Tran rybi Henryka Mayera z Chrystyjanii*** we flaszkach po 210 gramów.

RUDOLF THÜRRIEGL

Wiedeń IX Schwarzspanierstrasse 5.

wyrabia wszelkie chirurgiczne narzędzia i przyrządy według najnowszych konstrukcyj i z najlepszego materyjału.

Nowe patentowane narzędzia z metalizowanemi rękojeściami drzewianemi do przeciwgnilnych operacyj.

Skład wszelkich lekarskich materyjałów opatrunkowych.

Ilustrowane cenniki na żądanie gratis i opłatnie.

SYROP PODFOSFORANU WAPNA GRIMAULTA.

Trudność utrzymania zupełnie czystego **Podfosforanu** była przez dłuższy czas przeszkodą do tego tak odpowiednio skutecznego lekarstwa. **Syrop podfosforanu wapna Grimaulta** z powodu rzadkiéj własności działa pewnie i szybko w suchotach płucnych pod jego działaniem zgruźlenie przechodzi w stan kredowaty, poty nocne ustają, febra niszcząca i osłabienie zmniejsza się, jednocześnie niespokoje nerwowe słabną apetyt i sen powracają wypróżnienie reguluje się. Łyżka stołowa stanowi dawkę rano i wieczór przez pierwsze 8 dni, po 8 dniach zażywa się trzecią łyżkę a po dwóch tygodniach czwartą.

Składy: W Paryżu rue Vivienne i we wszystkich aptekach.

PAPIER RIGOLLOT.

MUSZTARDA W KARTKACH NA SYNAPIZMY.

Przyjęty w szpitalach paryskich, szpitalach wojskowych, marynarki francuskiéj i angielskiéj.

Niezbędnie potrzebny dla familij i podróżnych.

P. Rigollot przez wynalezienie sposobu umieszczenia musztardy na papierze, bez nadwerężenia jéj własności, oddał wielką usługę sztuce lekarskiéj.

Sprzed. ż we wszystkich aptekach.



Synapizmy jego przewyższają wszystkie dotychczasowe naśladowania.

Każda kartka opatrzona jest jego podpisem czerwonym atramentem.

Żądać należy tego znaku dla uniknienia podrobienia.

Skład główny: 24 Avenue Victoria PARIS.

NOWE MIASTO nad PILICĄ

(gub. Piotrkowska pow. Rawski)

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Racyjonalna hydroterapija, kąpiele ciepłe, słone, aromatyczne, rzeczne, wody mineralne, gimnasyka. — Leczenie elektrycznością, mlekiem, kefirem.

Gabinet elektryczny zaopatrzony w przyrządy do specyjalnego leczenia.

Ścisły internat i eksternat, dyjetetyczne stołowanie. Obok zakładu internat i restauracyja dla starozakonnych.

Utrzymanie całodzienne z leczeniem i kąpielami w pokojach wspólnych od 1 rs. 50 kop., w pokojach oddzielnych od 3 rs.

Komunikacyja koleją żelazną Warszawsko-wiedeńską przez Skierniewice lub Iwangrodzko Dąbrowską przez Opoczno.

Szczegółowe objaśnienia i cenniki w Warszawie w aptece H. Kucharzewskiego, Senatorska 480.

Lekarze zakładu:

JAN BIELIŃSKI **LEON RZECZNIOWSKI.**

Schlesisch Obersalzbrunnen (Oberbrunnen.)

Zdrój alkaliczny pierwszorzędny; dla stosunków ciepłoty i obfitości gazu szczególnie nadający się do rozsełki; skuteczny w chorobach **krtani, płuc i żołądka, w zołzach, w cierpieniach nerek i pęcherza, dnie i w cierpieniach krwawnicowych.**

Rozsełka w każdym czasie.

Salzbrunn na Śląsku. ***Książęca Inspekcyja zdrojowa.***

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

Amers et Ferments digestifs

Doświadczenia chemiczne panów Archambault, Bouchut, Fremy, prof. Gubler, Huchord i innych dowiodły zadziwiającéj skuteczności tego preparatu w leczeniu **Dyspepsyj żołądko-kiszkowych**, **braku apetytu**, **wymiotów podczas ciąży**, **dolegliwości żołądko-kiszkowych u dzieci**. Łyżka stołowa zawiera 50 centigrm. **Pepsyny tytrowanéj.** Dozy: Dla dorosłych mały kieliszek przy każdém jedzeniu, dla dzieci zaś 1 lub 2 łyżeczki deserowe. Dostać można w Paryżu, u pana P. Grez, Aptekarza szpitali paryskich 34 Rue Labruyère. W Krakowie: W aptekach Trauczyńskiego, Redyka i Wiszniewskiego; we Lwowie pp. Mikolascha, Sklepińskiego i Krzyżanowskiego.

SOLUTION BOURGUIGNON

CONTENANT 1 Gr. DE CHLORHYDRO-PHOSPHATE de CHAUX PAR CUILLERÉE à BOUCHE

Fizyjologiczny i racyjonalny środek wywierający pomyślne działanie na organizm, który go z łatwością asymiluje. — **Suchoty, słaba konstytucyja ciała, choroby kości, niedostateczna asymilacyja, zapalenie oskrzeli.** — Zastępuje tran rybi we wszystkich jego zastósowaniach.

W Paryżu: W Aptece p. LABOUREUR 26 Rue de l'Abbé-Gregoire; we Lwowie: W Aptekach pp. MIKOLASCHA, SKLEPIŃSKIEGO i KRZYŻANOWSKIEGO; w Krakowie: W Aptekach TRAUCZYŃSKIEGO, REDYKA i WISZNIEWSKIEGO.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 25 kwietnia 1885. № 17. Rok XXIV.

I. Z zakładu farmakologicznego w Dorpacie.

Przyczynek do wydzielania się tlenku węgla z organizmu zwierzęcego.

Podał Dr. Stanisław Szczepan Zaleski,
asystent tego zakładu.

Chénot, Hoppe-Seyler i Pokrowski na podstawie własnych doświadczeń zaprzeczają możliwości wydzielania się tlenku węgla w postaci niezmienionéj z organizmu, bez względu czy gaz dostał się doń przez drogi oddechowe, czy też w inny sposób. Przeciwnie Nysten, Kl. Bernard, Eulenberg i Gréhant pragną dowieść, że pochłonięty przez organizm tlenek węgla pojawia się w produktach wydechu w swym pierwotnym stanie. Badania Kreisa (*Ueber das Schicksal des Kohlenoxydes bei der Entgiftung nach Kohlenoxydeinwirkung. Pflügers Arch.* 26, str. 425 i następ. 1881) prowadzą do wniosku, że tylko mała część tlenku węgla wydziela się z organizmu w postaci niezmienionéj „w skutek napięcia, jakie posiada krew, zawierająca CO“, że jednak większa część tego gazu utlenia się na kwas węglowy; ma to jednak wtedy tylko miejsce, gdy tlenek węgla przez płuca dostaje się do organizmu; gdy się jednak gaz do jam surowiczych wprowadza, brak nawet śladów tlenku węgla w powietrzu wydechaném. Kreis wątpi nawet, czy tlenek węgla, wprowadzony podskórnie, albo też do jam surowiczych, w ogóle do krwi się dostaje.

Doświadczenia Kreisa polegały na tém, że wstrzykiwał królikom, oddechającym przez klapy Müllera, tlenek węgla do jamy brzusznéj lub podskórnie i badał następnie gazy wydechane w ciągu 2—4ch godzin pod względem obecności tlenku węgla według następującéj metody: powietrze, podlegające badaniu, po przejściu przez dwa przyrządy z potasem żrącym i przez rurę barytową, dostawało się do „rury do dalenia, wypełnionéj wypalonym asbestem; rura ta, pozostająca przez cały ciąg doświadczenia rozpaloną do czerwoności, prowadziła do dwóch przejrzystych rur barytowych. Jeżeli badane powietrze zawierało tlenek węgla, w takim razie musiał się tenże kosztem domięszanego tlenu w rozpalonéj rurze utlenić na kwas węglowy i wywołać następnie zmętnienie wody barytowéj, umieszczonéj poza rurą z asbestem“. Cztery doświadczenia, wykonane w powyższy sposób, przekonały Kreisa, że tlenek węgla wprowadzony podskórnie, albo przez jamy organizmu, nie pojawia się wcale jako taki w powietrzu wydechaném.

Z pomiędzy wszystkich jam organizmu jama otrzewny odznacza się szczególniejszą szybkością pochłaniania sztucznie do niéj wprowadzonéj treści, jak o tém świadczą prace Albertoniego, Wegenera, Angerera, Obalińskiego. Dla tego też do niéj wyłącznie wprowadzałem tlenek węgla w rozmaitych ilościach (5—150sz.cm.) kotom, psom i szczurom. W żadném jednak z trzydziestu odnośnych doświadczeń przypadków śmierci obok wyraźnych objawów zatrucia tlenkiem węgla stwierdzić nie mogłem. W każdym razie charakterystyczne rozszerzenie źrenicy, a niekiedy i t. zw. cukrzyca tlenkowęglowa występowały zawsze po wprowadzaniu większych ilości gazu.

Tym sposobem przez przytoczone doświadczenia stwierdzoném zostało w głównych zarysach spostrzeżenie Nystena, Kl. Bernarda, Klebsa, Pokrowskiego i Kreisa, że obecność tlenku węgla w jamach organizmu nie pociąga za sobą śmierci zwierzęcia.

Pozostawało rozwiązanie pytania, czy rzeczywiście tlenek węgla z jam organizmu przez krew nie zostaje pochłoniętym. Doświadczenia moje w téj mierze polegały na wprowadzeniu kotom czystego tlenku węgla w rozmaitych ilościach (od 30—100sz.cm.) do jamy otrzewnowéj i upuszczaniu po kilku godzinach krwi dla zbadania jéj pod względem zawartości tlenku węgla. We wszystkich przypadkach (ogółem 5) przekonałem się najdowodniéj za pomocą reakcyi Hoppe-Seylera, Salkowskiego i mojéj własnéj (Zaleski: Nowy

odczynnik na połączenie tlenku węgla z hemoglobiną (CO-hb) Przegl. Lek., 1885, Nr. 2, także: *Zeit. f. Phys. Chemie* tom IX, zeszyt 2, 1885. *Ueber eine neue Reaction auf CO-haemoglobin)* nie wyłączając także i spektroskopu, że połączenie się hemoglobiny z tlenkiem węgla bezwarunkowo nastąpiło, że połączenie tlenku węgla z hemoglobiną cechujące smugi chłonne w odnośnych próbach krwi, badanych spektroskopijnie, były takie same, jak po zatruwaniu zwierząt przez płuca. Uważam tedy za fakt niewątpliwy, wbrew przypuszczeniu Kreisa, że tlenek węgla z jam organizmu bezwarunkowo dostaje się do krwi, chociaż absorbcyja jego ztąd nie jest tak szybką, jak przez płuca.

Chodziło mi jeszcze o przeświadczenie się, czy tlenek węgla wprowadzony do jamy brzucha, wydziela się w wydechaném powietrzu jako taki, czy też znika zupełnie z produktów wydechu, jak Kreis przypuszcza. Metoda odnośnych badań była następującą: Po dokonaniu tracheotomii na kocie łączyłem kankę, wprowadzoną do tchawicy i szczelnie podwiązaną, z klapami Müllera. Powietrze wdechane przechodziło przez przyrząd kulisty z wodnym roztworem chlorku palladowego celem upewnienia się, że w otaczającéj atmosferze zupełny brak tlenku węgla. Powietrze wydechane przechodziło przez trzy podobne aparaty kuliste, zawierające chlorek palladu ($PdCl_2$). Czułość chlorku palladu, jako odczynnika na wolny tlenek węgla, jest rzeczywiście uderzającą, jak to wykazał Böttger. Należało więc przypuszczać, że jeżeli w produktach wydechu zwierzęcia mieścić się będą choćby tylko nieznaczne ilości tlenku węgla, obecność tegoż musiałaby być bezwarunkowo wykazaną przez aparaty kuliste z chlorkiem palladu. Przeprowadzenie prądu gazu, w którym zaledwie mieściły się ślady tlenku węgla, przez powyższe trzy aparaty przekonało najdowodniéj o słuszności powyższego przypuszczenia.

Po dokonaniu opisanéj operacyi wprowadzałem do worka otrzewnowego kotów rozmaite ilości czystego tlenku węgla (50—120sz.cm.) bądź za pomocą ostréj i cienkiéj kaniuli, co przy pewnéj ostrożności zabezpiecza zupełnie od wprowadzenia gazu do kiszek, bądź za pomocą t. zw. kaniuli guzikowéj wsuniętéj w otwór, zrobiony skalpelem w ściance brzucha i szczelnie w tym otworze przytwierdzonéj. W powyższych warunkach koty od 4—15 godzin pozostawały przy życiu. Ponieważ wprowadzanie gazów do jamy brzucha, jak to Wegener wykazał, działa na organizm oziębiająco, ponieważ nadto tlenek węgla szczególniéj temperaturę ciała obniża, jak na to zwrócił uwagę Simons i inni, ogrzewałem w innéj seryi doświadczeń cały tułów zwierzęcia za pomocą osobnego aparatu, przez który stale przechodził strumień wody ogrzewanéj do temperatury 40°C. Przy zastosowaniu podobnego sztucznego ogrzewania byłem w stanie zachować zwierzęta przy życiu aż do 40 godzin od chwili rozpoczęcia doświadczenia.

W niespełna dwie godziny po wprowadzeniu tlenku węgla do jamy brzucha mogłem zauważyć na powierzchni chlorku palladu, zawartego w pierwszym aparacie z trzech znajdujących się przy rurze wydechowéj, pierwsze czarne, lśniące blaszki. W miarę, im dłużéj trwało doświadczenie, ilość blaszek zwiększała się, a wreszcie pojawił się i osad czarny, na dno opadający, jeżeli płyn w spokoju pozostawał. W drugim aparacie kulistym widoczne były zaledwie ślady redukcyi chlorku palladu i to już wtedy, gdy w pierwszym redukcyja stała się wyraźną. W trzecim nawet tych śladów nie było. Po śmierci zwierzęcia we krwi tegoż znajdowałem zawsze za pomocą wyż wymienionych odczynników tlenku węgla. Mocz, zbierany w czasie doświadczenia, lub też po śmierci, gdy go zwierzę samowolnie nie oddało, wykazywał zawsze silną zdolność odtleniającą [1]).

Dla skontrolowania, czy redukcyja chlorku palladu zależną była jedynie od obecności tlenku węgla w jamie otrzewnowéj, wykonałem w tych samych warunkach dwa doświadczenia, nie wprowadzając wcale tlenku węgla do worka otrzewnowego. Chlorek palladu pozostawał wtedy niezmieniony przez cały czas doświadczeń; mocz w obu przypadkach wykazywał silną zdolność odtleniającą (t. zw. *Fesselungsdiabetes).*

Że Pokrowski i Kreis w swoich doświadczeniach, wykonanych według innéj metody, obecności tlenku węgla w produktach wydechu stwierdzić nie mogli, wyjaśnić się daje: 1) zbyt krótkim przeciągiem czasu, przez który trwało doświadczenie (*maximum* cztery godziny), 2) absorbowaniem nieznacznych ilości tlenku węgla przez wodę gazometru, pomimo zachowania wszelkich środków ostrożności.

Że krew prędko rezorbuje się z jamy brzucha, wykazali już wyż wspomnieni badacze, a Obaliński oznaczył nawet dokładnie czas tego chłonienia i jego ilość na 1 kgr. zwierzęcia. Można się więc było spodziewać, że i krew, nasycona tlenkiem węgla, ulegnie temu samemu ogólnemu prawu chłonienia. W saméj rzeczy ostatnia seryja doświadczeń, w której wstrzykiwałem psom i kotom krew, nasyconą tlenkiem węgla, do worka otrzewnowego w ilości od 50—120 sz.cm. na raz, upewniła mnie, że krew taka rezorbuje się zupełnie tak samo, jak i naturalna. Widocznych objawów zatrucia tlenkiem węgla nie ma przy tém żadnych zgoła, nawet po wielokrotnie powtarzaném wstrzykiwaniu; w ogóle w ciągu kilku pierwszych dni znoszą zwierzęta podobne wstrzykiwania bez widocznéj szkody dla organizmu. Potém dopiero, jeżeli wstrzykiwania wciąż się powtarza, powstają biegunki krwawe, a w płucach tworzą się zawały, zwierzę chudnie, posępnieje i zdycha w końcu, jeżeli wstrzykiwań nie zaniecha się zupełnie.

Badanie produktów wydechu po zastrzykiwaniu krwi nasyconéj tlenkiem węgla do worka otrzewny kotów w ilości 40—80sz.cm., według metody powyżéj opisanéj, nie wykazało w żadném z trzech odnośnych doświadczeń obecności tlenku węgla w produktach wydechu. W jedném z nich chłonienie 40sz.cm. krwi w ciągu 25 godzin było całkowitém, nie znalazłem bowiem ani kropli krwi w jamie otrzewnowéj po śmierci zwierzęcia. Próba krwi z serca i żył tegoż zwierzęcia, w sposób jak powyżéj badana, nie wykazała wcale obecności połączenia hemoglobiny z tlenkiem węgla. W dwóch pozostałych przypadkach $^1/_3$ wzgl. $^1/_4$ krwi nie została w jamie otrzewnowéj zrezorbowaną. Krew ta w obu razach zawierała tlenek węgla. W jednym jednak tylko razie i ze krwią, pochodzącą z serca i naczyń, wykonałem reakcyje cechujące połączenie hemoglobiny z tlenkiem węgla; w innym odczyn tak był niewyraźny, że wnosić z niego o obecności CO-hb w naczyniach zwierzęcia nie czuję się w prawie.

Że w tylkoco przytoczonych doświadczeniach nie za-

[1]) Nie doprowadziwszy jeszcze do końca badań nad t. zw. cukromoczem, powstającym z zatrucia tlenkiem węgla, nie mogę twierdzić stanowczo, czy powyższą zdolność odtleniającą przypisać należy cukrowi gronowemu, czy też innemu ciału. Nie rozstrzygam również pytania, czy chodziło tu o t. zw. *Fesselungsdiabetes*, czy też o t. zw. *CO-diabetes. Przyp. aut.*

wsze obecność połączenia tlenku węgla z hemoglobiną we krwi krążącéj wykazać było można, przypisać to należy okoliczności, iż żaden ze znanych odczynników na CO-hb nie odznacza się zbyt wielką czułością. Dokładniejszém wyświetleniem téj kwestyi, jak również wykazaniem stosunków ilościowych śród wydzielania się tlenku węgla z organizmu zajmuję się obecnie.

Z przytoczonych doświadczeń wysnuć się dają następujące wnioski:

1) Tlenek węgla, zastrzyknięty do jamy brzucha, nie działa w tym stopniu trująco, ażeby bezpośrednio w skutek tego miała śmierć zwierzęcia nastąpić.

2) Z jamy otrzewnowéj zostaje, również jak i z płuc, choć wolniéj, przez krew pochłonięty.

3) Wprowadzony *in natura* do jamy otrzewnowéj pojawia się bezwarunkowo w produktach wydechu, jeżeli nie wszystek, to przynajmniéj część jego.

4) Krew, nasycona tlenkiem węgla i do jamy brzusznéj wstrzyknięta, ulega tym samym prawom rezorbcyi, co i krew zwykła.

5) Z krwi téj dostaje się tlenek węgla i do krwi naczyń zwierzęcia, połączenie jego jednak z hemoglobiną po zastosowaniu zwykłych odczynników z trudnością tylko i w niektórych zaledwie przypadkach wykazać się daje.

6) Po zastrzyknięciu krwi nasyconéj tlenkiem węgla do jamy brzucha nie daje się wykazać obecność tlenku węgla w produktach wydechu za pomocą wodnego roztworu chlorku palladu.

II. Przypadek poprzecznego złamania rzepki, leczony przez zeszycie odłamków drutem srebrnym. Uwagi o leczeniu tych złamań.

Podał **Dr. Józef Bogdanik** w Biały [1]).

Wieczorem dn. 20 Grudnia 1884 r. wezwał mnie kol. Kupka na naradę lekarską do 64 letniego Jerzego Tetschla, który rano dn. 19 Grudnia wpadł z brzegu, $1\frac{1}{2}$ metra wysokiego, do płytkiéj rzeczułki na równe nogi, a następnie przewalił się na kolana, poczém odnogą dolną władać nie mógł i musiał być odniesiony do domu. Znalazłem stan następujący: Rzeczona odnoga ułożona na szynie. Po zdjęciu opatrunku okazało się, iż chory téj odnogi w położeniu leżącém podnieść nie może, co razem ze szyną było możebne. Począwszy od połowy podudzia aż blisko stawu biodrowego obrzmienie, szczególniéj wydatne w okolicy kolana, gdzie skóra była połyskująco sina. Przy obmacaniu okazało się, iż kości uda i podudzia nienaruszone, natomiast rzepka w $\frac{1}{3}$ dolnéj części na poprzek przełamana. Część górna rzepki oddalona od dolnéj, a mianowicie na brzegu wewnętznym o $2\frac{1}{2}$ cm., a na brzegu zewnętrznym przeszło o 3 cm. Części tych w obec znacznego obrzmienia kolana zbliżyć nie można. Zaproponowałem tedy spojenie odłamków drutem srebrnym, czemu się chory poddał dn. 22 Grudnia 1884 r.

Przy pomocy koll. Dra Senfta i Kupki poprowadziłem cięcie podłużne na brzegu zewnętrznym rzepki 10 cm. długie, a poprzeczne cięcie mniéj więcéj od środka poprzedniego nieco krótsze. Natychmiast wydobyła się spora ilość pół skrzepłéj krwi i palec doszedł między odłamkami rzepki do stawu kolanowego. Główny odłamek stanowiący $\frac{2}{3}$ części rzepki był w całości, dolny odłamek zaś był roztrzaskany na kilka części i to tak, że środkowa część była największa w kształcie klina, obok któréj na prawo i lewo było kilka drobniejszych cząstek częściami miękkiemi spojonych z częścią środkową. Torebka stawowa w miejscu poprzecznego złamania rzepki rozerwana mniéj więcéj 5 cm. na wewnątrz a nieco więcéj na zewnątrz od rzepki. Po dokładném wymyciu stawu kolanowego 5% rozczynem karbolu wyświdrowałem kanał w połowie górnego odłamka, który miał początek na przedniéj powierzchni 2 cm. powyżéj płaszczyzny złamania i przebiegając z przodu ku tyłowi i na dół nie dochodził do chrząstki rzepki. Następnie zbliżywszy dokładnie odłamki górny i dolne zrobiłem na dolnym odłamku znaczek, w którém miejscu przypada ujście kanału zrobionego w górnym odłamku. Z tego miejsca prześwidrowałem w dolnym środkowym odłamku kanał ku przodowi i na dół idący. W górnym odłamku zrobiłem jeszcze dwa kanały w pewnéj odległości na prawo i lewo od pierwszego kanału i odpowiednie kanały w dolnych bocznych odłamkach jak poprzednio opisany.

Przez te 3 pary kanałów przeprowadziłem trzy druty srebrne i zbliżywszy odłamki jak najbardziéj, przekonawszy się nadto, iż żadne części obce między odłamkami nie znajdują się, okręciłem druty. Następnie dokładnie spoiłem katgutem rozstąpnione brzegi torebki stawowéj, w którymto celu poprzeczne cięcie w skórze nieco na wewnątrz rozszerzyć musiałem. Ranę skóry zaszyłem dokładnie katgutowemi szwami głębszemi i płytszemi naprzemian, pokrywszy poprzednio lekką warstwą proszku jodoformowego rzepkę i obciąłem końce drutów 1 cm. po nad powierzchnią skóry. W ciągu operacyi nie zachodziła potrzeba podwiązania naczyń, choć nie założyłem uciskadła Esmarchowskiego. Nadmieniam jeszcze, iż sączka nie użyłem, nie żałowałem jednak wody karbolowéj do mycia rąk, pola operacyjnego i t. d. Ranę przysypałem lekką warstwą proszku jodoformowego, na to przyłożyłem 30% gazę jodoformową, papier kauczukowy, gruby pokład waty karbolowéj i tak opatrzoną odnogę ułożyłem na szynie drewnianéj.

Stan ogólny chorego był po operacyi wyborny. Apetyt dobry, tętno spokojne nieprzyspieszone, ciepłota niepodwyższona, a nawet napady duszności, na które chory dawniéj codziennie cierpiał, nie pojawiają się od operacyi. W tydzień po operacyi, tj. dnia 29 Grudnia 1884 r., zmieniono opatrunek po raz pierwszy z wszelką ostrożnością. Rana w skórze była niemal całkiem zagojoną z wyjątkiem miejsca koło drutów. Następny opatrunek zmieniono dopiero w 2 tygodnie poźniéj, tj. dn. 12 Stycznia 1885 r., a ponieważ rana w skórze już całkiem była zagojoną i obwód kolana prawego przez środek rzepki zaledwie o 1 cm. był większy, aniżeli obwód kolana lewego, przeto przysypano blizny proszkiem jodoformowym i otoczono watą. W czwartym tygodniu po operacyi, toż samo pod koniec szóstego tygodnia użalał się chory na dotkliwy ból w okolicy kolana prawego. Ciepłota skóry i tętno było normalne, obejrzenie kolana również bolów nie wytłumaczyło. Po upływie sześciu tygodni, tj. dnia 3 Lutego 1885 r., próbowano poruszalności rzepki i małych ruchów w stawie kolanowym. Rzepka była poruszalną w całości, lekkie zginanie i wyprostowanie kolana możebne. Wyjęto zatém szwy srebrne, a po należytém oczyszczeniu kolana wodą karbolową przysypano otwory w skórze, po drutach pozostałe, jodoformem, założono przyrząd gipsowy od połowy uda aż do dolnéj $\frac{1}{3}$ części podudzia celem unieruchomienia kolana i po-

[1]) Odczytano dnia 4 Marca 1885 r. na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Krakowie.

zwolono choremu przechadzać się. Dnia 16 Lutego 1885 r. zdjęto przyrząd gipsowy i odtąd nasz chory chodzi nawet bez podpierania się kijem zginając odnogę lekko w kolanie. W skutek chodzenia występuje małe obrzmienie całéj odnogi dolnéj, ruchy w stawie kolanowym stają się jednak coraz swobodniejszemi, tak, że obecnie zgina kolano z łatwością do kąta 60°, potrafi chodzić po schodach i ujdzie z łatwością 2 kilometry. Między odłamkami nastąpiło spojenie silne, zdaje się kostne, blizna w skórze jest przesuwalną po nad rzepką z wyjątkiem małego kawałka w kącie zewnętrznym. Długość rzepki prawéj jest jednak nieco większą aniżeli rzepki lewéj.

Pierwszą operacyję tego rodzaju wykonał zdaje się Cooper w S. Francisco 1861 r., gdy po złamaniu rzepki między odłamkami była duża przestrzeń, a odnoga bezużyteczną. Wprawdzie już Marcus Aurelius Severinus, a późniéj Dieffenbach wspominają o wycięciu zrostów ścięgnistych, odświeżeniu płaszczyzn złamania i następowém zeszyciu odłamków w przypadkach starych źle wygojonych złamań rzepki, nie ma jednak wzmianki, czy kiedykolwiek tę operacyję wykonali. Świeże zaś złamanie rzepki spoił szwem po raz pierwszy Alridge 1869 r. Ogół jednak chirurgów zajął tą operacyją dopiero Lister rozprawką, odczytaną dnia 29 październikа 1883 r. na posiedzeniu *Medical Society of London*, gdzie przedstawił 5 świeżych i 2 stare przypadki złamań rzepki, leczone przez zeszycie odłamków i zarazem podał sposób operowania. Dyskusyja w téj sprawie była wyczerpująca, a zdania chirurgów podzielone. Podczas gdy jednych ogarnął zapał, objawiający się oklaskami po odczytaniu rozprawki, inni obstawali za leczeniem przyrządami, ponieważ w ten sposób często także osiągano dobry wynik i uważali operacyję za nieusprawiedliwioną. W Niemczech nawet Volkmann zalicza się do przeciwników téj operacyi, przeważnie z tego powodu, iż wszyscy lekarze jeszcze sobie nie przyswoili postępowania przeciwgnilnego, zgadza się jednak na operowanie w przypadkach starych, gdy odnoga zupełnie jest nieużyteczną do chodzenia. Francuzi również uważają operacyję za nieusprawiedliwioną dla wyników niekorzystnych. Atoli w obliczeniu statystycznėm podciągają pod jeden strychulec operacyje w świeżych złamaniach i operacyje następowe, co według mego zdania jest niewłaściwe, albowiem dwie te operacyje różnią się od siebie. Starałem się tedy w przystępnéj dla mnie literaturze zebrać przypadki i w zestawieniu podaję osobno przypadki świeżych złamań, a osobno stare.

I. Złamania świeże.

Operujący i rok operacyi	Wiek i płeć chorego	Uwagi
Alridge 1869	53 ż.	Szew. Zrost silny. Opatrunek nieantyseptyczny.
Lister [1]) 1877	40 m.	Cięcie poprzeczne, drut srebrny. Zrost silny. Staw ruchomy.
„ 1879	37 m.	Cięcie podłużne. Zrost silny. Staw ruchomy.
„ 1881	62 m.	Operacyja jak wyżéj, tylko końce druta przybite do rzepki i nieusunięte. Zrost kostny. Staw ruchomy.
„ 1881	37 ż.	Operacyja jak poprzednio. Zrost kostny. Staw ruchomy.
Lister 1883	67 m.	Operacyja jak poprzednio. Dolny odłamek roztrzaskany. Szew szedł przez *lig. patellae*. Staw ruchomy.
Uhde 1878	40 m.	Cięcie podłużne, drut srebrny przedarł się, potém żelazny. Zrost ścięgnisty. Staw mało ruchomy.
Langenbeck 1878	49 m.	Cięcie poprzeczne, drut srebrny, bez sączka. Ropienie, amputacyja, śmierć z pyemii.
Van der Meulen [1])1878	44 ż.	Cięcie podłużne, drut platynowy bez otwarcia stawu nie wyjęty. Ruchomość prawidłowa.
„ 1882	30 m.	Operacyja jak poprzednio 25 dni po złamaniu. Staw ruchomy.
„ 1883	40 m.	Operacyja jak poprzednio 9 dni po złamaniu. Staw ruchomy. Oddalenie odłamków 1 mm.
„ 1883	40 m.	Ten sam chory w 5 miesięcy późniéj w skutek upadnięcia złamał powtórnie rzepkę i powtórnie był operowany z dobrym skutkiem.
Schede 1879	45 m.	Cięcie poprzeczne, szew katgutowy. Ropienie i anchyloza.
Metzler 1879	26 m.	Cięcie poprzeczne, szew jedwabny. Zrost ścięgnisty, staw ruchomy do kąta 30°.
Pfeil-Schneider 1879	45 m.	Cięcie podłużne, 2 druty srebrne niewyjęte. Zrost silny, ruchy prawidłowe.
Rose 1879	32 ż.	} Po 3ch tygodniach cięcie podłużne, 2 druty srebrne. Zrosty kostne, w pierwszym przypadku ruchomość mała, w drugim dobra. Obie operacyje w jednym dniu.
„ 1879	41 m.	
	?	Ropienie i mała ruchomość.
Cameron 1879	30 m.	Po 3ch tygodniach cięcie podłużne, drut srebrny. Ruchomość prawidłowa.
Koenig 1879	71 m.	Po 3ch tygodniach cięcie poprzeczne, katgut. Ropienie i anchyloza.
„ 1881	78 m.	Po 8miu dniach cięcie poprzeczne, szew jedwabny niewyjęty. Zrost kostny, ruchomość stawu mała, potrafi ujść zaledwie sto kroków.
1882	23 m.	Cięcie poprzeczne, katgut. Ropienie i anchyloza.
Langenbuch 1880	?	Cięcie poprzeczne, 2 druty srebrne zostawione. Zrost silny, ruchomość dobra.
Socin 1880	48 m.	Cięcie poprzeczne, katgut. Zrost silny. Staw ruchomy.
Whyet 1881	20 ż.	*Fractura complicata*, po 20tu dniach cięcie poprzeczne. Ropienie, amputacyja uda.
Fowler 1881	58 ż.	Cięcie poprzeczne po 15tu dniach. Śmierć w 31 godzin po operacyi w skutek zatrucia karbolem.

[1]) Sposób operowania podaję niżéj.

[1]) Sposób operowania podaję niżéj.

Operujący i rok operacyi	Wiek i płeć chorego	Uwagi
Macewen 1882	24 m.	Cięcie podłużne, drut srebrny. Zrost kostny, ruchomość dobra,
„ 1882	40 m.	*Fractura comminut.*, *chromic. jut* do szycia, zgina do 45°.
Rosenbach 1882	52 m.	Cięcie poprzeczne, katgut. Zrost kostny. Staw ruchomy.
„ 1882	56 m.	
„ 1883	?	
Fincke 1882	27 m.	Cięcie poprzeczne, 2 druty żelazne zostały. Małe ropienie, ruchomość dobra.
Lauenstein 1882	45 m.	Cięcie poprzeczne, 2 druty srebrne zostały. Staw ruchomy.
Wahl 1882	39 m.	Cięcie poprzeczne, 2 druty srebrne. Zrost kostny, ruchy prawidłowe.
Timme 1882	29 m.	*Fractura complicata*, 2 druty srebrne. Zrost silny, zgina kolano do kąta 90°.
Trendelenburg 1883	30 m.	Po 3ch tygodniach cięcie poprzeczne, 2 druty srebrne zostały. Zrost silny, ruchy dobre.
Dicken 1883	42 m.	Po $3\frac{1}{2}$ tygodniach cięcie poprzeczne, drut srebrny. Zrost kostny.
Watzl 1883	?	Cięcie poprzeczne, drut srebrny. Staw ruchomy.
Pozzi 1883	?	Dwa druty srebrne. Odłamki przy ruchach nieco się rozeszły.
Beauregard 1883	34 m.	Cięcie podłużne, drut srebrny został. Odłamki przesuwalne, zgina kolano do kąta 90°.
Fraser C. Fuller	45 m.	*Fractura comminutiva complicata.* Drut srebrny, zeszycie katgutem przedartéj torebki stawowéj. Zrost kostny. Ruchomość prawidłowa.
„	23 m.	Dwa druty srebrne. Wynik dobry.
„	24 m.	Przedarcie torebki stawowéj. 2 druty srebrne. Wynik dobry.
Lynch 1884	33 m.	Operacyja według Listera. Ruchy dobre.
Ogier Ward 1884	60 m.	Operacyja według Listera. Ruchy dobre.
Rivington 1884	58 m.	Najpierw próbował punkcyi kolana, potém haków Malgaignowskich a gdy nastąpiło ropienie szew. Zrost kostny. Staw mało ruchomy poprawia się. Chód dobry.
Bogdanik 1884	64 m.	*Fractura comminutiva.* Cięcie podłużne i poprzeczne, 3 druty srebrne bez sączka. Zrost kostny. Staw ruchomy.
Jessops[1])	?	*Fractura comminutiva.* Ropienie. Staw ruchomy.
	?	Bez sączka. Ruchy dobre.
Amphlett	?	Anchyloza, czy było ropienie nie wiadomo.
Wheelhouse	?	*Fractura comminutiva.* Bez sączka. Ruchomość w tym i poprzednim przypadku dobra.
Johnson Smith	?	Ropienie i anchyloza.
Teale	?	Wynik dobry.
Golding Bird	?	Szew jedwabny, ruchy dobre.
Davies Colley	?	*Fractura comminutiva.* Ruchy małe.
Błokam	?	Zrost ścięgnisty. Ruchomość dobra. Małe ropienie. Ruchy dobre.
	?	Ruchy w obu przypadkach dobre.
	?	

[1]) Następujące przypadki znane mi są tylko ze statystyki „*The Lancet*“ 17,XI, 1883.

(Dokończenie nastąpi).

III. Dżuma w Iraku arabistańskim w r. 1884.

podał Dr. W. **Jabłonowski** w Bagdadzie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

Praca nad zebraniem dat statystycznych była bardzo uciążliwą. Dla ich ułożenia wypadało nam stwierdzić każdy zgon, aby można wyróżnić, czy powodem jego była dżuma lub też ospa. Ze strony władzy miejscowéj cywilnéj nie mieliśmy żadnéj pomocy, co jeszcze bardziéj utrudniało nasze zadanie. Należało więc ciągle przebiegać z jednéj miejscowości w drugą i często ograniczyć się do szczegółów zebranych tylko przez posługaczy sanitarnych. Ludność zaś w przekonaniu, że podawaniem dat fałszywych zdoła skrócić czas trwania wyjątkowych ostrożności, unikała o ile mogła podawania prawdziwych faktów. I tylko niezmordowana energija lekarzy przyczyniła się bardzo do zwalczenia choć w części przynajmniéj i téj domorosłéj trudności. Śmiertelność zaś wywołana ospą nie mogła być ściśle sprawdzoną, ponieważ groźniejsza plaga pochłonęła wszystkie siły.

Anatomija patologiczna. Należy znać i postawić się w warunkach naszéj tu sytuacyi, ażeby pojąć, z jak licznemi przeszkodami połączone są nie już obowiązki, ale dobra chęć lekarza, chcącego uzupełnić poszukiwania na zwłokach. Lecz wojna i epidemije, sąto dwie jedyne chwile, w których przeprowadzenie studyjów anatomiczno-patologicznych staje się nieco łatwiejszém. Dżuma w Iraku arabistańskim była właśnie taką okolicznością. Postanowiłem więc skorzystać z niéj o tyle, o ile posiadane środki i zawsze nieuniknione miejscowe przeszkody na to pozwalały. Nie zbyt obficie zaopatrzony w pomoc, któraby ułatwiała moje zadanie, pozbawiony tych środków, jakie posiadała komisyja europejska, wydelegowana do Wetlianki, a zatém bez kauczuków i respiratorów musiałem zwalczać trudności, gdzieindziéj wcale nieznane. Prowizyję moją bowiem składały tylko skrzynka z niezbędnemi narzędziami, aparat Dieulafoy, parę lup, drobnowid, odczynniki chemiczne i pudełeczko z istotami barwikowemi przygotowane przez aptekę p. Friedländera w Berlinie. Nie roszcząc sobie pretensyi do wykazania czegoś, coby już nie było znane w ogólnych zarysach, ani też bez usiłowania choćby tylko zbliżenia się do poszukiwań uskutecznionych przez tegoczesnych mikrografów, podobnie jak przy opisie pojawów chorobowych zarazy, tak też i tutaj, w skromniejsze ramy zamknąłem pole mego dzia-

łania, z zamiarem przekonania się o tych tylko pośmiertnych zmianach, których cechy mogłyby rzucić pewne światło lub tylko wpłynąć na wydanie sądu o istocie saméj zarazy.

Dość częste epidemije dżumy na wschodzie tureckim, mianowicie zaraza obserwowana w Egipcie przez Clot-beya i przez Gaetanę w Smirnie i Stambule w latach 1833—38, pozwalały spodziewać się, że w rocznikach nauki lub oddzielnych sprawozdaniach dadzą się znaleźć choćby tylko wzmianki o dokonanych poszukiwaniach anatomo-patologicznych. Zaledwie jednak ślady czegoś podobnego dają się tu i owdzie odszukać. Nie należy się atoli temu dziwić. Bo jakkolwiek warunki, w jakich się znajdowali nasi poprzednicy, mało różniły się od dzisiejszych, to jednak tak poprzednio jak i teraz, zajmowano się głównie kwestyją ograniczenia zarazy do pewnych ognisk, pomijając zupełnie badania pośmiertne. Daléj nie mając takiéj jak dziś pewności, że świeże zwłoki zadżumionych nie są pośrednikami przerzutu zarazy, do pewnego punktu postępowano sobie praktycznie, unikając zakażenia się, o tyle o ile na to pozwalały obowiązki służbowe. Jasném jest jednak, że z powodu tych ostrożności ucierpiał postęp nauki.

Wszystkie więc wiadomości o badaniach anatomo-patologicznych na zadżumionych na tureckim wschodzie dokonanych zawdzięczamy dobréj chęci kilku lekarzy (Dr. Parladi, Bechczet). Na nieszczęście jednak protokółów sekcyjnych i notat jest bardzo mało. Większa ich część została zatraconą a kilka protokółów z przedostatniéj dżumy w Iraku przechowuje się jako rzadkość w archiwach szpitala wojskowego w Bagdadzie. Miałem zręczność przejrzeć je, i one to ułatwiły i nie mało wzmocniły mój zamiar uzupełnienia najnowszemi poszukiwaniami luk, jakie tam pozostały.

Bardzo obfity materyjał kliniczny, jakim rozporządzaliśmy w czasie ostatniéj epidemii, ułatwił nam możność przyjścia w posiadanie czterech tylko trupów męskich w ciągu całego trwania epidemii. Byłyto jednak zwłoki osób świeżo dotkniętych zarazą, których obdukcyję wypadało przeprowadzić z niezwykłym pośpiechem, a co niewygodniejsze jeszcze, przy asystencyi, choć zdala tylko, połyskujących bagnetów! Wszystko więc, co mi przedstawiały zmiany pośmiertne u zadżumionych, podaję tu jeżeli nie ze zwykłą ścisłością, to przynajmniéj z zapewnieniem o prawdziwości.

Szybka śmierć zadżumionych była powodem, że zwłoki przedstawiały lekkie tylko stężenie bez żadnych widocznych zmian w podściółce tłuszczowéj. Barwa powłok skórnych w ogóle brudno-czarniawa, w pewnych okolicach, jak powieki, wargi, pachwiny i skóra jamy brzusznéj była sinawa. Podobny kolor przedstawiała także tkanka komórkowata podskórna w całéj długości stosu pacierzowego. Wągliki, plamy, owrzodzenia lub téż tylko grupy obrzmiałych gruczołów, przedstawiały stan wiądu, widocznie następującego z chwilą śmierci. Gruczoły, jeżeli nie przeszły w stan ropienia, zachowywały swój kształt. Otaczająca je tkanka bywa rozmaicie zabarwioną. W jednych przypadkach kolor jéj był ciemno-czerwony, w innych fijoletowy a nawet modry. Ostatni ten odcień występował przeważnie po brzegach, niekiedy przenikając w głąb gruczołu. Wtedyto tkanka organu przedstawiała się jakby gąbczastą i w jéj oczkach z łatwością dały się wyśledzić ciałka ropy, a niekiedy i nieznaczny naciek skrzepłéj krwi. Stan ten zauważałem przeważnie i prawie wyłącznie w gruczołach pachwinowych, a skóra pokrywająca je miewała kolor modrawy, zlewający się niejako z barwą powłok brzusznych. Siedliskiem tych obrzmień są stale obustronne okolice pachwin poniżéj więzadła Pouparta. Niekiedy jednak sięgały one jeszcze niżéj przykrywając swą masą trójkąt Scarpy i niejako wciskając się weń. Obrzmienia gruczołów powyżéj więzadła Pouparta zauważyłem w kilku tylko przykładach.

Wągliki *(Charbon anthrax)* przedstawiały się dwojako. Jedne z nich, które nie uległy owrzodzeniu, są wydatne, brunatne i pokryte skrzepem, ściśle przylegającym do ich powierzchni. Strup tylko z trudnością dawał się oddzielić. Znajdujące się pod niemi nieznaczne wgłębienie ma powierzchnię suchą, strzępiastą, sinawą. Tego rodzaju wąglik zajmował zwykle warstwy skórne, które uległy zmianie patologicznéj na nieznacznéj przestrzeni. Wąglik zaś, który przeszedł w stan owrzodzenia, znacznie większy od poprzedzającego, przedstawia się także zapadłym, jakby nieco przypłaszczonym. Powierzchnię jego pokrywa strup brunatny lub nawet czarny, ułożony warstwowo. Łuski jego są dość zgrubiałe, nieprzedzielone jednak żadną treścią. Kolor ich na zewnątrz ciemniejszy, przechodzi w łagodniejszy odcień w głębszych warstwach. Strup tylko w środku daje się łatwo oddzielić, po brzegach ściśle przylega do ich powierzchni. Po zdjęciu strupa spotykamy najprzód na pół cm. głęboką, lejkowatą wklęsłość, o ścianach koloru brudno-sinego, połyskujących w przedziałach, w ogóle jednak przedstawiających się w stanie zniszczenia. Wąglik taki przenika warstwy skóry, dosięga włókien mięsnych wzajemnie je niszcząc. Cała zajęta przestrzeń, szerokości nigdy niemniejszéj od 3cm., jest sinawą, jakby podminowaną. Tato zdaje się okoliczność była powodem, że podobny stan wąglika uważano za wynaczynienia krwi w tkankę komórkowatą podskórną, podczas gdy w rzeczywistości bywa to tylko spłaszczenie ropni o ścianach, które przeszły w stan poowrzodnego zniszczenia. W jednym przypadku znalazłem w głębi jamy wąglika nieznaczną ilość ropy mętnéj, gęstawéj, nieco stężałéj, z trudnością dającéj się wydobyć, bardzo szybko przechodzącéj w stan rozkładu. Badana pod drobnowidem ropa ta nie przedstawiała żadnych cech wyróżniających.

Dymienice przedstawiały ten ciekawy szczegół, że pośmiertna ich postać była zupełnie odmienną w porównaniu do wąglików. Wprawdzie i sprawa patologiczna była tu usadowioną w innych organach. I ona to właśnie przemawia przeciw utrzymującemu się dotąd mniemaniu, że dymienice, ten charakterystyczny objaw u zadżumionych, z chwilą śmierci przechodziły natychmiast w stan wiądu i zapadu. U naszych trupów uważaliśmy następujący stan dymienic: Gruczoły tak na szyi jak też pod pachami i w pachwinach przedstawiały się jakby wzdętemi. Wydatność ta sięgała zwykle ponad powierzchnię skóry, a w jednym przypadku, w którym dymienica przeszła w stan ropienia, wypukłość gruczołu doszła do $2\frac{1}{2}$cm. będąc obrączkowato ściśniętą przez warstwy otaczającéj skóry, zachowującéj swój naturalny kolor, podczas gdy sama dymienica była ciemno-brunatną. Siedliskiem sprawy patologicznéj bywała zwykle cała grupa gruczołów, na dotyk twardych, niepodatnych i jakby skupionych w sobie. Nie przeszły one w ropienie, przedstawiały się znacznie powiększonemi o tkance twardéj, koloru ciemno-czerwonego, sączące nieznaczną ilość płynu mętnego i pomięszanego ze krwią. Otaczające je warstwy tkanki podskórnéj były również stężałe. Łatwo jednak oddzielając je od gruczołu po głębokiém podłużném cięciu, bez trudności pojedyńczo lub całą ich grupę można było wydobyć na zewnątrz. W tych zaś przypadkach, gdzie dotknięte stanem

zapalnym gruczoły przeszły w stan ropienia, cała ich masa przeobrażała się w rodzaj pochwy lub pęcherza, o ścianach bardzo wiotkich, otaczających treść napół płynną, koloru brudno-żółtego, najczęściéj pomięszaną ze krwią, zwykle unoszącą się nad powierzchnią cieczy ropnéj. Niekiedy znowu siła tężenia w gruczołach była, zdaje się, przyczyną zbliżenia się ku sobie ognisk zapalnych. Powstałe z tego powodu prężenie rozdzierając ściany, wytwarzało torbiel, ułatwiając têm samêm częściowy naciek ropnego płynu w otaczającą tkankę podskórną. Dymienicom, które przeszły w stan ropienia, brakowało zwykle czasu do zabliźnienia się. Z tegoto powodu na zwłokach zadżumionych znajdowałem zwykłą okolicę ich siedliska, obszernie i głęboko owrzodzoną, o brzegach sinych, twardych, zapadłych, wydatnie ograniczających same ropne ognisko, w żadnym jednak przypadku nieprzedstawiających skłonności zbliżenia się ku sobie. Z takichto ognisk wydobytą ropę starałem się jak najściśléj zbadać. Lecz przy środkach, jakie posiadałem, a które okazały się niedostateczne, mogłem tylko potwierdzić znany jéj skład, niezwykłą łatwość przechodzenia w stan rozkładu gnilnego i obecność znacznéj ilości prątków, które badane pod drobnowidem okazały się być tylko bardzo ruchliwemi. Kropla takiéj ropy przechowana w pewnéj ilości odwaru mięsnego, między dwoma szkiełkami najprzód nieco ogrzanemi, to tylko dla mnie przedstawiła szczególnego, że po 8miu godzinach traciła swój kolor, a znajdujące się w niéj małe organizmy okazywały nadzwyczajną żywotność i skłonność do rozmnażania się. Stopień ciepłoty, w jakiéj żyjątka te mogły wytrwać, dochodził do 39°R. Przeciwnie zaś w ciepłocie 17 do 23°R. prątki zdają się mieć największą siłę życia, zmniejszającą się jednak w miarę podnoszenia się stopnia ciepłoty. Ropę zawierającą prątki znalazłem tylko w dymienicach, podczas gdy w owrzodzonych gruczołach szyjnych i pachwinowych, zresztą nadzwyczaj rzadko przechodzących w stan ropienia, nic podobnego nie spotkałem.

Po otwarciu czaszki opona mózgowa twarda przedstawia się napiętą. Naczynia tak jéj jak i opony miękkiéj są prawie pozbawione swéj treści. Zatoki mózgowe wypełnia znaczna ilość krwi płynnéj, którą znajdziemy także we wszystkich większych naczyniach. W jamie błony pajęczéj nieznaczna ilość płynu mętnego barwy blado-cytrynowéj. Gruczoły Pachiona nie okazują żadnéj zmiany. Półkule mózgowe zachowują swój kształt i barwę, jedynie tylko ich zawoje zdają się być jakby przypłaszczonemi. Poprzeczny przekrój całéj masy mózgowéj nieco lśniący, w ogóle wiotki i mało podatny, białawy i przy ucisku wydzielający małą ilość płynu koloru żółtawego lub też i to częściéj stosunkowo znaczną ilość kropelek krwi. Na przekroju poziomym w okolicy *Chiasma nerv. opticorum* aż do górnych warstw rdzenia przedłużonego naciek żółtawy, nieprzeźroczysty. Nerwy, mianowicie oczny i twarzowy, jakby skręcone. Opona twarda rdzenia przedłużonego znacznie nastrzykana. Opona miękka w pewnych punktach stwardniała, najczęściéj nastrzykana. Istota nerwowa rdzenia przedłużonego przedstawia się wilgotną, koloru szarawego, bardzo utrudniającego ściśle oznaczenie granic między dwiema istotami. Są one dotknięte jakby stanem rozmiękczenia, któremuto należy przypisać zmniejszoną ich podatność. Po lekkiém nacięciu masa nerwowa wydziela nieznaczną ilość surowicy, koloru brunatnego.

W narządzie oddechania znajdujemy pewne zmiany zasługujące na wzmiankę. Błona śluzowa jamy ustnéj, gardziela, krtani i tchawicy przedstawia się silnie zaczerwienioną, nastrzykaną, wyschłą i w całym przebiegu pokrytą wydatnemi wynaczynionkami. Nagłośnia obrzmiała, nastrzykana i pokryta grubą warstwą nabłonka, koloru szaro-żółtego, skrzepłego i dotkniętego w części stanem rozpadu. Cała powierzchnia téj części narządu wydaje się jakby stężałą i pokurczoną. Oskrzela większe ze swemi rozgałęzieniami najczęściéj przedstawiają objawy właściwe stanowi zapalnemu; wypełnia je śluz zbity, lepki, ciągnący się, od ścian oddzielający się z trudnością, niekiedy pomięszany ze krwią, częściéj jednak posiadający charakter masy złożonéj z komórek i tkanek koloru żółtawego, wydzielającéj przenikający i dość nieprzyjemny zapach. Płuca przedstawiają nieznaczny stopień rozedmy. Nacięty ich miąższ daje powierzchnię bezkrwistą, gładką, jest dość wilgotny, niezbyt podatny, koloru mięsnego. Naczynia krwionośne zwężone. Pęcherzyki płucne w dwóch górnych płatach i w części środkowego w prawém płucu wypełniają kłębki śluzu stężałego, ropnego, bardzo lepkiego, po którego przecięciu spotykamy w środku pewną ilość istoty brunatnéj lub czarniawéj z łatwością dającéj się oddzielić od otaczających ją warstw. W naszych przypadkach najczęściéj znajdowaliśmy śluz wypełniający pęcherzyki płucne, przeobrażony w ciemno-zieloną masę, lepką i cuchnącą, będącą objawem cechującym zgorzel płucną, ropnie w ich miąższu, a także i gnilne zapalenie opłucny, któreto stany obok głównéj przyczyny stale prawie towarzyszyły wszystkim niepomyślnie kończącym się przypadkom.

Obie komórki sercowe są nieco rozszerzone; ściany ich łatwo podatne, nieco kruchsze. Ilość krwi w tętnicach jest zawsze zmniejszoną, podczas gdy żyły są rozszerzone i pełne. Jakość krwi bywa dwojaką: płynną i powoli krzepnącą, lub też bardziéj stężałą, koloru czarniawego, łatwo przechodzącą w stan rozkładu gnilnego. W cztery godziny po zgonie poddana badaniu drobnowidem krew przedstawiała tylko zmniejszoną ilość ciałek czerwonych, pozostawiona czas jakiś na powietrzu i znowu poddana badaniu, wcale nie zawierała prątków, przedstawiając tylko warstwy włóknika w stanie rozkładu. Krew wydobyta z żył wrotnéj i głównéj brzusznéj, prócz ciemniejszego jak zwykle zabarwienia, nie była zmienioną. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Volkmann: O gruźlicy ze stanowiska chirurgicznego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

III. Gruźlica narządu moczopłciowego. Gruźlica jądra przydarza się najczęściéj w wieku młodocianym lub dojrzałym, a czasem także u starców, u których odróżnić nadto należy zwykłe, ropne, przewlekłe zapalenie jąder i przyjądrza. Po wycięciu schorzałego jądra nie pojawia się gruźlica w płucach lub innych narządach, jeżeli tylko gruźlica nie posunęła się na gruczoł krokowy lub pęcherz. Natomiast gruźlica pęcherza, moczowodów i nerek należy do najcięższych schorzeń gruźliczych, którym operacyja nie może położyć tamy. — Wykazanie laseczników gruźliczych w moczu umożliwia wczesne rozpoznanie choroby. O gruźlicy pochwy i macicy brak autorowi dostatecznych spostrzeżeń. Gruźlicze schorzenie sutka jest nadzwyczaj rzadkie. Ważną jest okoliczność, że zwykłe, przewlekłe, ze stwardnieniem połączone zapalenie sutka prowadzi czasem do powiększenia gruczołów pachowych, które później ulegają gruźliczemu schorzeniu, jakkolwiek sutek nie jest wcale gruźlicą zajęty.

IV. Gruźlica kości stawów i ścięgien. Gruźli-

cze schorzenia stawów są następstwem pierwotnego zajęcia gruźlicą kości lub torebki maziowéj. Pierwsza forma przydarza się przeważnie u dzieci. Pierwotne ognisko umiejscowia się z upodobaniem w wyrostku kości łokciowéj lub w kości miednicowéj w sąsiedztwie panewki. Druga forma występuje częściéj u dorosłych i rozwija się najchętniéj w stawie kolanowym. — Gruźlica kości bez następowego schorzenia stawów występuje w postaci: 1) rozdęcia kości (*spina ventosa*), 2) próchnienia szczęki górnéj, 3) zimnych ropni na czaszce, 4) próchnienia żeber i 5) choroby Potta. Tę ostatnią chorobę uważa jednak Volkmann za pierwotne schorzenie stawów międzykręgowych. Uwydatnić należy, że gruźlica nie nagabuje u dorosłych prawie nigdy trzonu kości i że dla tego schorzenie tegoż odnieść trzeba do innych przyczyn (kiły, przewlekłego zapalenia szpiku kostnego itp.). Gruźlica ścięgien występuje już to w formie rozlanych, grzybiastych wybujałości, już téż w postaci odosobnionego guza.

V. Gruźlica gruczołów limfatycznych. We wszystkich wspomnianych schorzeniach gruźliczych mogą gruczoły linfatyczne uledz następowo gruźlicy. Najłatwiéj bywają zajęte gruczoły na szyi, następnie gruczoły łokciowe, rzadziéj podpachowe, a najrzadziéj podkolanowe i pachwinowe.

Leczenie we wszystkich przytoczonych przypadkach gruźlicy polegać winno na dosadném oddaleniu schorzałych tkanek już to przez wyłyżeczkowanie lub wyłuszczenie, już téż to przez resekcyję lub amputacyję.

Do tych wyników dołącza Volkmann ogólne uwagi dotyczące sposobów szerzenia się gruźlicy w śród ustroju i warunków, od których nawrot choroby zawisł. Gruźlica szerzyć się może w następujący sposób: 1) przez wzrastanie pierwotnego ogniska, 2) przez wtargnięcie laseczników do naczyń limfatycznych lub do 3) jamy surowiczéj, 4) drogą przewodów, wyścielonych błoną śluzową, przez które przechodzą produkty, zakażone jadem gruźliczym i wreszcie 5) przez uniknięcie laseczników do naczynia krwionośnego, a mianowicie do większéj żyły. Gruczoły limfatyczne stawiają szerzeniu się gruźlicy wielką tamę, nie tylko bowiem wstrzymują w swéj sieci, jak gdyby na sączku, przypłynione z limfą prątki, lecz także niszczą czasem takowe. Naturalnie, że pod zbytnią natarczywością laseczników runąć może ta tama, a prątki, zakaziwszy gruczoł, wędrują drogą naczyń limfatycznych do następnego gruczołu chłoniczego. Jeżeli atoli naczynie limfatyczne wpada do przewodu piersiowego lub wprost do żyły, wtedy ostra ogólna gruźlica jest nieuniknioną. — Z jamy surowiczéj szerzy się sprawa gruźlicza albo za pośrednictwem cieczy surowiczéj, albo téż skutkiem przesuwania się ścian, okrytych błoną surowiczą, przy czynności narządu (płuc, jelit itp.). Niebezpieczeństwo ogólnego zakażenia zawisło tu od jakości naczyń limfatycznych i od wytworzenia się ziarnin na błonie surowiczéj. Łatwo pojąć, że w obec tych sposobów szerzenia się choroby, gruźlica kości, skóry, tkanki podskórnéj, stawów, gruczołów chłonicznych grozi daleko mniejszém niebezpieczeństwem, niż gruźlica narządu oddechowego lub przewodu pokarmowego, gdzie wydzieliny zakażone stykają się przez długi czas z błoną śluzową, nim swą zwykłą drogą zostaną wydzielone jako plwociny lub kał.

Usposobienie do przyjęcia jadu gruźliczego ogranicza się u ludzi do pewnych osobników. U osób, posiadających w ogólności to usposobienie, odróżnić znów musimy szczególniejszą wrażliwość wśród pewnych czasów i w zakresie pewnych narządów. I w tych przypadkach gruźlicy, z któremi chirurg ma do czynienia, odgrywa niewątpliwie dziedziczność najgłówniejszą rolę. Oddalenie pierwotnego ogniska gruźliczego wstrzymuje wprawdzie zakażenie ustroju z tegoż miejsca, nie przeszkadza atoli pojawieniu się choroby w innych miejscach i nie usuwa niebezpieczeństwa późniejszéj gruźlicy płuc. Natomiast nawrót choroby w miejscu operowaném ma swą przyczynę nie w gruźliczéj skazie ustroju, lecz w niedokładném oddaleniu schorzałych części przy operacyi. Autor uwydatnia, że u osób gruźliczych z wyraźną nawet gruźlicą płuc nie zauważył nigdy gruźliczego schorzenia w wielkich ranach np. po amputacyi, przy powikłaném złamaniu kości i t. d., gdy tymczasem słabe urazy (lekkie upadnięcie, stłuczenie się nieznaczne i t. p.) stanowią najczęstszą przyczynę gruźliczego schorzenia kości i stawów u osób, obciążonych dziedzicznością. Fakt ten tłumaczy przypuszczeniem, że w obec silnego urazu odczyn ustroju jest dostatecznie silnym, aby nie pozwolił rozgościć się prątkom gruźliczym w zranionéj tkance, gdy tymczasem nieznane zmiany w odżywianiu tkanki, wynikłe skutkiem zadziałania słabego urazu, mają sprzyjać rozwojowi lasecznika.

W końcu rzuca autor pytanie, o ile może lasecznik gruźliczy sprowadzić sam ropienie i dotyka z lekka sporu, toczącego się o identyczność zołzów i gruźlicy.

W dyskusyi nadmienia Volkmann, że tylko téj formie tocznia przypisuje przyrodę gruźliczą, która rozwija się z małych, brunatno zabarwionych guzków, jak *lupus exfoliativus* i *hypertrophicus*. Langenbeck oświadcza, że dotychczas uważał gruźlicę skóry i toczeń za identyczne ze względu na obecność jednych i tych samych laseczników. König zgadza się z Volkmannem ze wszystkiemi jego wywodami, dodaje tylko, że błona otarbiająca ropień przydarza się nietylko w gruźlicy, ale także w ostrém zapaleniu szpiku kostnego. Doutrelepont wspomina, że według Neissera należy rozróżnić trzy formy gruźlicy skórnéj: toczeń, scrophuloderma i wrzód gruźliczy. Lassar wątpi w gruźliczą przyrodę tocznia, wspominając, że laseczniki tocznia zachowują się nieco odmienniéj, niż prątki gruźlicze, a mianowicie występują pierwsze w znacznie mniejszéj ilości, a powtóre, że guzki toczniowe oplecione są zazwyczaj splotem żył. König odpiera zdanie Lassara, mówiąc że toczeń prowadzi nieraz po 10 lub więcéj latach do ogólnéj gruźlicy. Esmarch podziela również zdanie, że toczeń jest gruźlicą skóry, widział bowiem że z wrzodziejącego gruźliczego gruczołu limfatycznego na szyi rozwinął się w sąsiedztwie toczeń. Z okoliczności, że z wyprysku na twarzy powstał późniéj toczeń, wnosi o wniknięciu laseczników przez skórę pozbawioną przyskórka skutkiem wyprysku. (Dok. nast.).

Jaccoud: **Rak żołądka i równocześnie rak trzustki.**

Prof. Jaccoud miał niedawno wykład kliniczny o raku żołądka z równoczesnym naciekiem rakowatym trzustki i o sposobach rozpoznawczych tego stanu chorobowego. D. 20 grudnia r. z. przybył do Hôpital Pitié mężczyzna 40-letni wychudły, o cerze blado-ziemistéj. Prelegent przedstawił równocześnie z tym chorym 2 kobiety chlorotyczne dla wykazania różnicy w zabarwieniu skóry tychże z niniejszym chorym. Skóra tych dwu kobiet przedstawia obraz anemii, jest barwy brudnobiałéj, straciła swoją sprężystość. Nie jestto barwa, jaką znajdujemy w żółtaczce, ani téż, jaką napotykamy w czystéj anemii. Kobiety te nie zdradzają charłactwa rakowatego, w którém barwa skóry jest więcéj żółtawoblada. J. natychmiast rozpoznał charłactwo rakowe, ale wypadało

się nad tém zastanowić, czy ono już wskazywało siedzibę nowotworu. Do rozpoznania wypadało dojść dwojaką drogą: wywiadów i badania. Chory cierpiał od pół roku, czuł się osłabionym, chudł, tracił stopniowo apetyt. Wystąpiła żółtaczka, utrzymująca się przez 2 miesiące. Sąto pierwsze objawy wskazujące siedzibę choroby, a mianowicie w narządzie trawienia. Badając brzuch napotyka się asymetryję okolicy nadpępkowéj; wzniesienie po stronie prawéj odbijające od nieznacznego zagłębienia po stronie lewéj, któreto zniekształtnienie uwidocznia dokładniéj ruchy oddechowe, niż to ma miejsce w stanie prawidłowym. Wyniosłość ta usadowiona poza mięśniem prostym prawym jest liniją białą ściśle odgraniczona od strony lewéj; podczas wstrzymania ruchów oddechowych każdy skurcz serca sprawia lekkie podniesienie się guza. Palpacyja stwierdza znaczniejsze rozmieszczenie obrzęku osobliwie ku stronie lewéj i ku górze. Obrzęk ten jest twardym, niechełboczącym, nawskróś jednakowego utkania. Przy wypukiwaniu powierzchownem odgłos wypukowy jest zupełnie stłumionym, przy głębszém przytłumionym. Stłumienie od śledziony pochodzące w miejscu prawidłowém. Auskultacyją stwierdzić można w narządzie oddechowym nieznaczne tarcie opłucnowe po stronie lewéj pod sutkiem w linii sutkowéj. Rozchodzi się o wyjaśnienie pytania, gdzie jest punkt wyjścia owego rozpoznanego obrzęku? Jaką jest jego przyroda? Na pierwszy rzut oka wydawałoby się prawdopodobném przypuszczenie, że lewy płat wątroby jest owym obrzękiem zajęty. Ale palpacyja wykazała granice wątroby jako prawidłowe. Różnica w odgłosie przy wypuku powierzchownym i głębszym naprowadzała na myśl zajęcia obrzękiem części przewodu pokarmowego osobliwie zaś żołądka. Objawy jednak na początku choroby przez chorego obserwowane nie uprawniały do tego rozpoznania; ale gdy 5 stycznia b. r. wystąpiły wymioty krwawe, gdy zaczęły się pojawiać bryły krwawe w odchodach stolcowych i wymioty spożywanych pokarmów stawały się odtąd coraz częstszemi, rozpoznanie powyższe nie było już wątpliwém. Opóźnienie to najważniejszych objawów rozpoznawczych można tłumaczyć w dwojaki sposób: albo usadowieniem nowotworu w ścianach samych żołądka i rozrostem wzdłuż tychże i ku zakrzywieniu większemu, albo też pierwotną siedzibą nowotworu w narządzie sąsiednim, prawdopodobnie w trzustce, z następowém zajęciem ścian żołądka. Nasuwają się jednak znowu dwa pytania, czy obecnie są objawy przemawiające za siedzibą nowotworu w gruczole trzustkowym i czy tenże pierwotnie był zajętym. Należało więc zbadać z kolei gdzie jest właściwa siedziba nowotworu obecnie i w jaki sposób rozszerzył się ten nowotwór. W rozpoznaniu raka trzustki J. opierał się na trojakich objawach: obecności cukru w moczu, tłuszczu w odchodach i na charakterystycznéj pigmentacyi skóry. Co do pytania, czy rak powstał pierwotnie w trzustce a następowo zajął żołądek, to za tém dosadnie przemawia opóźnienie objawów żołądkowych. Objawy te nie są jednak koniecznemi, gdyż znanemi są postacie raka żołądka (osobliwie płaskie), niedające żadnych objawów żołądkowych.

Drugą okolicznością przemawiającą do pewnego stopnia za siedzibą pierwotną w trzustce jest silna żółtaczka, która wystąpiła już w początku choroby i utrzymywała się w tym stopniu przez 2 miesiące; za przypuszczeniem siedziby pierwotnéj w trzustce przemawia także ustąpienie następowe żółtaczki. Inne obserwacyje raka trzustki wykazują, że są znanemi przypadki bez żółtaczki, gdzie nie ma żadnego połączenia obrzęku trzustki z przewodami żółciowemi; również znaną jest znaczniejsza liczba przypadków, w których chorobie towarzyszyła żółtaczka z powodu ucisku guza na przewody żółciowe i w których objaw ten pozostał aż do śmierci. Dziesięć obserwacyj raka trzustki, ogłoszonych między rokiem 1876 a 1881, okazuje, że żółtaczka towarzyszyła chorobie w każdym z nich aż do śmierci. Wyżéj opisany przypadek stanowi więc pod tym względem wyjątek. *(Gazette des Hôpitaux* 7 lutego 1885). *Dr. R. Barącz.*

[1]) Ja sam miałem sposobność obserwowania podobnego przypadku w r. 1877 w klinice prof. Korczyńskiego u chorego z rozpoznaniem klinicznem *Nephritis interstitial. chron.*, u którego za życia nie było żadnych objawów raka, gdzie dopiero nekroskopija 2 guzy rakowate w żołądku stwierdziła. *Przyp. Sprawozd.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 8 kwietnia 1885 r. Przewodniczący kol. wiceprezes Wiszniewski. Członków obecnych 18.

1) Kol. Prus mówi „o zachowaniu się tkanki mózgowéj pod wpływem ogniska śródczaszkowego", popierając wykład odpowiedniemi preparatami. (Rzecz ta będzie ogłoszona w Przeglądzie Lek.).

W dyskusyi uważa kol. J. Rosner za rzecz naturalną, że po włożeniu kawałka blaszkownicy do jamy czaszkowéj nie zmienia się parcie w żyle szyjnéj, mierzone za pomocą manometru, gdyż z jednéj strony zmiany te są nie znacznego stopnia z powodu maleńkości ogniska śródczaszkowego, a z drugiéj strony manometr niestanowi tak delikatnego przyrządu, aby można było te nie znaczne zmiany ocenić przy jego pomocy. W odpowiedzi uwydatnia kol. Prus przedewszystkiém, że przy skreślonych doświadczeniach nie rozchodziło się o wykazanie zmian w krążeniu li tylko w ugniecionym obszarze mózgu, lecz w całym tym organie. Celem bowiem wspomnianych doświadczeń było udowodnienie, iż ciecz mózgordzeniowa nie ma w ogólności żadnego wpływu na ogólne krążenie krwi w mózgu, ani w stosunkach fizyjologicznych, ani téż patologicznych, wbrew twierdzeniu dawnéj nauki, która utrzymuje, że ciecz mózgordzeniowa skutkiem zmian swego hydrostatycznego parcia wpływa na całe krążenie w mózgu. Daléj nadmienia, że sztuczne zmniejszenie pojemności jamy czaszkowéj było nieraz stosunkowo bardzo znaczne; objętość bowiem blaszkownicy miała się do objętości mózgu króliczego jak 1 : 6, a nawet czasem jak 1 : 4. Gdyby więc ogólne krążenie krwi w mózgu zmieniło się przy tych doświadczeniach, to niechybnie zmiany te mogły być snadnie odczytane na manometrze sodowym. Że manometr jest dostatecznie czułym przyrządem, wskazują doświadczenia samego Bergmanna, który przy zastosowaniu metody Leydena otrzymywał obniżenie parcia w żyłach. Ta właśnie okoliczność służyła mu również za niezbity dowód, że ognisko śródczaszkowe nie inaczéj działa, jak tylko sprowadzając ogólną niedokrewność mózgu. Mając jednak na pamięci, że metoda leydenowska nie uciskała mózgu, lecz go drażniła, możemy sobie łatwo wytłumaczyć owe różnice, odnoszące się do zachowania parcia krwi w żyle szyjnéj.

Dr. Dobruchowski.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(Gr.) Niemieckie Stowarzyszenie ochrony zdrowia publicznego odbędzie w roku bieżącym doroczne XII zebranie w Fryburgu w Bryzgowii w dniach 15, 16 i 17 września. Na porządku dziennym są sprawy: 1) Zarządzenia wobec chorób zaraźliwych pomiędzy dziećmi w szkołach. (Sprawozdawcy: Radzca lekarski Dr. Arnsberg z Karlsruhe i dyr. gimnazyjum Dr. Fulda z Sangershausen). 2) O rozszerzaniu się miast zwłaszcza pod względem higijenicznym. (Sprawozdawcy: Starszy burmistrz Becker z Düsseldorfu, Radzca zdrowia Dr. Lent z Kolonii i budowniczy miejski Stübben z Kolonii). 3) Nieprzyjemności

z powodu dymu po miastach. (Sprawozdawcy: Radzca lekarski Dr. Flinzer z Chemnic i prof. Hermann Rietschel z Berlina).

* Z nastaniem wiosny cholera przypomina się znowu; tak donoszą o wybuchu jéj w Hiszpanii południowéj i w Suakim nad Morzem czerwoném.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 29 marca do 4 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 46,1. Z płonicy umarło 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (4 z. t); z zapalenia płuc 12 (22 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach odry, 2 płonicy, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 22—28 marca umarło z ospy w Londynie 21, leczyło się w szpitalach 959, świeżo zapadło 210. Po 1 umarło w Pradze, Zurychu, Bernie, Brukseli, Manchester, Bukareszcie, Madrasie; po 2 w Petersburgu, Wenecyi i Aleksandryi; po 3 w Bazylei, Paryżu i Kalkucie; 4 w Rzymie; 5 w Odesie, 8 Warszawie, 20 w Wiedniu. Z duru osutkowego umarło w Londynie i San Francisco po 1, w Petersburgu 2. Odra jeszcze panuje w Liwerpolu i Stokholmie. Z cholery umarło w Kalkucie 30 (1—7 lutego), 45 w Bombayu (od 18—24 lutego), 5 w Madrasie (od 14—20 lutego).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 22—28 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 46,1; w Warszawie 32,9; w Wiedniu 32,8; w Pradze 30,9; w Berlinie 23,1; w Wrocławiu 31,7; w Gdańsku 23,5; w Hamburgu 29,0; w Mnichowie 33,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 21,8; w Bazylei 21,9; w Brukseli 29,6; w Amsterdamie 28,4; w Hadze 25,1; w Paryżu 25,3; w Londynie 22,2; w Kopenhadze 21,4; w Stokholmie 27,9; w Chrystyjanii 24,0; w Petersburgu 33,9; w Odesie 37,7; w Rzymie 27,7; w Wenecyi 36,1; w Bukareszcie 25,2; w Aleksandryi 38,0; w Nowym Yorku 31,6; w Filadelfii 24,1; w Bombayu 32,6; w Madrasie 38,1. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 117.258 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W XI tygodniu od 8—14 marca r. b. zmarło osób 99, co odpowiada na rok i 1000 mieszk. 43·9. W tym czasie zmarło 11 osób z ospy, 2 z płonicy, 1 z duru brzusznego.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 23 kwietnia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego kol. prof. Adamkiewicz okazał na licznych preparatach odkryte przez siebie ciałka nerwowe, objaśniając rzecz wyczerpującym wykładem. Poczém po załatwieniu spraw administracyjnych kol. Schramm omówił przypadek kolana koślawego, operowanego z dobrym skutkiem w klinice prof. Mikulicza przez osteotomiję Macevena. Wreszcie Dr. Jabłonowski w Bagdadzie jednogłośnie wybrany został członkiem koresp. Tow.

* Oprócz oddziału wodoleczniczego, który już od pół roku istnieje przy łazienkach górnych, urządził Dr. Piasecki przy ulicy Sławkowskiéj l. 31 salon dla gimnastyki leczniczéj, tudzież ogródek dla gimnastyki higijenicznéj, który z czasem w miarę udziału zamyśla uzupełnić oddziałem dla mięsienia i ortopedyi.

* Dr. H. Ebers ustanowiony został reskryptem Ministerstwa rolnictwa lekarskim kierownikiem nowo wybudowanego Zakładu hydropatycznego w c. k. Zakładzie zdrojowym w Krynicy.

* Z powodu jubileuszu swego doktorskiego prof. Hyrtl darował 2000 złr. na rzecz kolegijum doktorskiego w Wiedniu a sumę 30,000 złr. przeznaczył na cele dobroczynne w miejscu zamieszkania swego Perchtolsdorf.

Zmarły w Bernie morawskiém Dr. Linhart przeznaczył w testamencie sumę 180,000 złr. na stypendyja dla uczniów medycyny i prawa z Berna pochodzących, a resztę majątku swego dla domu sierot w Bernie.

* We Włoszech zamknięto na jakiś czas aż 12 Uniwersytetów, a to z powodu rozruchów studenckich. Początkowém siedliskiem tych rozruchów była Padwa, a przyczyną ich osoba prof. anatomii patologicznéj Brunetti. Anatom ten, podobno przeceniający ogromnie swoje zasługi, miał zrazu jakieś zajście z prof. histologii patolog. Cacciolą, w skutek czego senat wyznaczył komisyję, mającą ocenić po czyjéj stronie słuszność. Gdy zdanie komisyi wypadło na niekorzyść Brunettego, ostatni napastował kilkakrotnie na miejscu publiczném referenta téj komisyi, prof. Tamassię i w skutek tego został aresztowanym. Studenci domagali się uwolnienia Brunettego, rząd jednak wolał zamknąć uniwersytet, niż okazać się słabym. Gdy za przykładem młodzieży paduańskiéj poszła i młodzież w innych Uniwersytetach, rząd polecił zamknięcie czasowe prawie wszystkich wszechnic włoskich. Tymczasem odbyła się w Padwie rozprawa publiczna przeciw Brunettemu, która trwała 4 dni i zakończyła się skazaniem go na miesiąc więzienia.

* **Berlin**. Prof. Senator kierować będzie zastępczo kliniką Frerichsa.

* **Nekrologija**. W Paryżu umarł Dr. Prosper Lucas, zasłużony autor dzieła p. t. *„de l'hérédité naturelle“*.—W Samborze zmarł Dr. Maksymowicz.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 16: Szokalskiego: Osiowa nadczułość błony siatkowéj; Jaworskiego: Studyja kliniczne nad wpływem wody karlsbadzkiéj (c. d.); Minkiewicza: Choroby dróg oddechowych (dok.). — W *Medycynie* Nr. 16: Obalińskiego: Szkice hernijologiczne; Blumenstoka: Zbrodnia czy obłąkanie (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

J. F. ZIEMIACKIEGO: Sluczai izlieczennago trawmaticzaskago stolbniaka. (Odbitka z „Medicinskoe Obozrienie“ 1885) in 8vo str. 7.

Tegoż: Sluczai rozrywa moczewago puzysia w sliedstwie uszyba promeżnosti. (Odbitka z „Wracza“ 1885) in 8vo str. 8.

Dr. KWASNIČKA: Prospekt o klimatickém a žinčiěném léčebném mistě Rožnově Vol. Mazeriči 1883. in 12o str. 16.

Dr. B. WICHERKIEWICZ: Siódme Sprawozdanie roczne zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu za rok 1884. Poznań 1885, in 8vo str. 44.

Congrès médical international. Neuvième session qui doit se tenir à Washington 1887. Regles et organisation préliminaire. Washington 1885, in 12mo str. 31.

Toż samo po niemiecku.

Dr. Kl. DĘBICKI: Iwonicz w r. 1884. Lwów 1885, in 8vo str. 58.

Dr. LAUCHER: Die Kronenquelle zu Obersalzbrunn in Schlesien 1885, in 8vo str. 30.

T. INOUYE (w Tokio, w Japonii): Privataugenklinik. Bericht über das Jahr 1884, in 8vo str. 12.

Do Nru dzisiejszego dołącza się dla wszystkich prenumeratorów: „Opis statystyczno-lekarski Zakładu zdrojowego w Krynicy,“— oraz list Dra Zygmunta Riegera.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 134[D]

Ogłoszenie konkursu.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 6 marca rb. l. 11622, rozpisuje się konkurs na posady dwóch asystentów lekarskich przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie na lat dwa, które przy zadawalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.

Do posady Asystenta lekarskiego przywiązana jest płaca 500 złr. rocznie bez żadnego dodatku.

Ubiegający się kandydaci do tych posad powinni wykazać

1. Wiek, stan i miejsce urodzenia.
2. Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.
3. Stopień Dra medycyny lub wszech nauk lekarskich uzyskany na jednéj z Wszechnic Państwa austryjackiego.

Podania wnosić można do końca miesiąca Kwietnia rb. na ręce Dyrekcyi szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Lwów dnia 13 Marca 1885.

Dyrekcyja kraj. szpitala powszechnego.

Dr. Głowacki.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 2 maja 1885. № 18. Rok XXIV.

I. O tak zwanéj „padaczce“ Jacksona.

Podał Prof. Adamkiewicz.

Z zakresu różnych form kurczów, wywołanych stanem nadmiernego podrażnienia mózgu, oddzielił Jackson grupę kurczów jednostronnych jako formę oddzielną, którą nazwano według niego „padaczką Jacksona.“ Najistotniejsza i najogólniejsza właściwość tych kurczów, polega na tém, że 1) występują w nieregularnych napadach i 2) zajmują tylko jednę połowę ciała. W szczególności zaś przedstawiają się w różnych odmianach. Zajmują bowiem już to tylko twarz lub odnogę górną albo dolną, już téż mięśnie wszystkich trzech albo tylko dwóch wspomnianych obszarów. Najczęstszą siedzibą kurczów są mięśnie zaopatrzone przez nerw twarzowy, splot barkowy i splot kulszowy. W kurczach wziąć jednak mogą udział także mięśnie karku, grzbietu lub tłoczni brzusznéj. W wyprężaczach umiejscowiają się kurcze w ogólności częściéj, niż w zginaczach. Nie zbyt rzadko zdarza się atoli, że kurcz wybiera sobie z pośród wszystkich mięśni odnóg tylko poszczególne grupy mięśniowe, które przy pewnych ruchach wspólnie działają. W ramieniu tworzą n. p. mięsień trójkątny, dwugłowowy, ramieniowy wewnętrzny i odkręcający długi jednę grupę. Wreszcie wspomnieć należy, dla uzupełnienia ogólnego charakteru kurczów jednostronnych, o licznych wahaniach co do czasu trwania i co do natężenia kurczów. I tak w jednych przypadkach trwają one nadzwyczaj krótko i polegają na lekkich kurczach przelotnych, w innych zaś przypadkach trwają bardzo długo i potęgują się do gwałtownych, podrzucających kurczów, które poruszają silnie głową, ręką i nogą, a dość często są przyczyną ciężkich obrażeń ciała.

Ponieważ każdy padaczkowy napad rozpoczyna się od tężca, zajmuje obie połowy ciała i łączy się z utratą przytomności, to widoczną jest rzeczą, że związek pomiędzy kurczami jednostronnemi a padaczką jest bardzo luźny, a ich określenie, jako kurczów epileptycznych, nader słabo uzasadnione. Jedynie tylko ta drobna okoliczność, że padaczka i kurcze jednostronne występują w napadach, wystarczyła, aby ostatnie nazwano epileptycznemi. A ponieważ padaczkę uważają jako wynik nieprawidłowego pobudzenia kory mózgowéj, uznano także, że w padaczce Jacksona cierpi kora mózgowa. Pozornie zyskało to zapatrywanie poparcie w tém, że w największéj liczbie przypadków jednostronnych kurczów wykazano nieprawidłowości w jamie czaszkowéj, które wskazywały na drażnienie kory mózgowéj. Najwięcéj bowiem napotkano, jak to już na inném miejscu wspomniałem, („O ucisku mózgu“. Rozprawy wiedeńskiéj Akad. Umiej. Tom LXXXVIII r. 1883 str. 285.) na nowotwory, które uciskały właśnie obszar obu zawojów środkowych, zostających w związku z czynnością mięśni. Dokładniejszą jednak wiadomość o przyrodzie kurczów jednostronnych zyskaliśmy dopiero na podstawie mych własnych doświadczeń, wykonanych na zwierzętach.

Jeżeli włożymy do jamy czaszkowéj jakieś ciało łatwo pęczniejące, n. p. blaszkownicę, które zwiększając swą objętość, ugniata przednią część półkuli mózgu, to zauważyć możemy po przeciwnéj stronie ciała czystą formę kurczów Jacksona. Jak to już w méj pracy „o ucisku mózgu“ wykazałem, zależy działanie takich guzów śródczaszkowych, sztucznie wytworzonych, od stopnia ucisku mózgu. Można rozróżnić w tym względzie trzy stopnie ucisku. Najwyższy stopień ucisku nie wchodzi tu wiele w rachubę, gdyż działanie jego równa się wprost zniszczeniu tkanki nerwowéj. Jako pierwszy stopień ucisku określam tę siłę ucisku, któréj sprostać może ściśliwość tkanki mózgowéj, uważanéj mylnie za nieściśliwą. Stopień ten cechuje się tém, że, ponieważ tkanka mózgowa w granicach swéj ściśliwości znosi dobrze każdą zmianę swéj postaci bez szkody dla swéj funkcyi, przebiega bez żadnych objawów chorobowych, że więc przebiega w sposób utajony. Działanie tego stopnia jest czysto materyjalne. Ogranicza się więc ono tylko do zmian histo-

logicznych tkanki mózgowéj, a nie odnosi się do jéj funkcyj. Mózg doznaje zmiany kształtu odpowiadającéj postaci ogniska śródczaszkowego, a ponieważ równocześnie przez swą zmianę kompenzuje zmniejszenie pojemności jamy czaszkowéj, zmniejsza zarazem swą objętość.

Histologicznie przedstawia się owo zmniejszenie objętości tkanki mózgowéj jako przybliżenie się do siebie pierwocin tkaninowych i zmniejszenie się uciśniętych komórek nerwowych. Przy tém zgęszczeniu tkaniny mózgowéj, które jest widomym wyrazem zaprzeczanéj dotychczas ściśliwości tkanki nerwowéj, nie bierze udziału jeden tylko składnik mózgu. Jest nim właśnie ta część składowa mózgu, która według powszechnego zapatrywania najwięcéj miała zmniejszać swą objętość pod wpływem ucisku ogniska śródczaszkowego, a mianowicie sąto naczynia krwionośne mózgu.

Ten zajmujący i ważny fakt udowadnia nie tylko mikroskop, lecz także ta okoliczność, że pierwszy stopień ucisku mózgu rozwija się bez najmniejszych zaburzeń w prawidłowych czynnościach mózgu. Uciśnięty obszar mózgowy nie mógłby bowiem prawidlowo funkcyjonować, gdyby mimo ucisku nie mógł być prawidlowo odżywionym. Właśnie prawidłowe funkcyjonowanie uciśniętéj tkanki mózgowéj wśród wspomnianych stosunków dowodzi zarazem, że zmiana kształtu wywołana przez ognisko śródczaszkowe i zmniejszenie objętości mózgu nie jest sprowadzoną przez zanik tkanki. Że tkanka mózgowa pod wpływem ucisku pierwszego stopnia nie ma wcale tendencyi do zaniku, wykazuje nadto ta okoliczność, że wśród pomyślnych warunków występuje czasem coś wprost przeciwnego zanikowi, a mianowicie bujanie tkanki nerwowéj w obszarze uciśniętym mózgu. To ciekawe połączenie zgęszczenia i przerostu uciśniętéj tkanki mózgowéj, które nazwałem przerostem kondenzacyjnym, daje nam słuszniejsze wytłumaczenie przyrody utajonego przebiegu ognisk śródczaszkowych, niż zapatrywanie dotychczas panującéj nauki, która w takich razach przypuszcza wątpliwy zanik tkanki mózgowéj.

Skoro atoli sztuczne ognisko śródczaszkowe przybierze takie rozmiary, że je ściśliwość tkanki mózgowéj bezkarnie kompenzować nie może, jakkolwiek jeszcze nie są one z drugiéj strony tak wielkie, aby mogły mózg zniszczyć, to występują w uciśniętéj tkance nerwowéj molekularne zmiany, a nie materyjalne, bo po usunięciu ucisku wraca tkanka znów do stanu normalnego. Pierwszém i nader ciekawém funkcyjonalném następstwem tych zmian molekularnych jest pojawienie się ważnych zaburzeń w czynności mózgu, które mają tę własność, że po oddaleniu ogniska śródczaszkowego dają się tak samo usunąć, jak zmiany molekularne w uciśniętéj tkance.

Ten stopień ucisku, dający się w powyższy sposób określić i posiadający dla patologii nader ważne znaczenie, nazwałem drugim stopniem ucisku mózgu.

Rozumie się samo przez się, że, jeżeli ucisk drugiego stopnia sprowadza zaburzenia w czynności uciśniętéj tkanki, jakość tych zboczeń zależeć musi od funkcyjonalnego znaczenia uciśniętéj części mózgu. I tak jeżeli wystawioną jest na działanie ucisku przodkowa część mózgu, która w stosunkach fizyjologicznych kieruje czynnością mięśni, to wtedy występują zaburzenia w sferze ruchu.

Szereg tych zboczeń rozpoczynają kurcze Jacksonowskie, późniéj pojawiają się porażenia połowicze i całkowite z objawami spastycznemi i drżeniem ścięgnistém a wreszcie występuje samowolne drżenie, które przechodzi w drżenie porażenne, jeżli nie oddali się jeszcze na czas ugniatającego ogniska z jamy czaszkowéj.

Tu zajmują nas tylko kurcze Jacksona, sztucznie przez ucisk mózgu wywołane. Aby je jednak módz zużytkować do wyjaśnienia przyrody kurczów Jacksonowskich występujących u człowieka, musimy najprzód dostarczyć dostatecznego dowodu, że jednostronne kurcze tak sztuczne, jak naturalne, są między sobą identyczne.

Identyczność tę łatwo można wykazać.

Kurcze bowiem doświadczalnie wywołane występują również zawsze jednostronnie i w nieregularnych napadach. Ulubioną ich siedzibą są mięśnie zaopatrzone przez nerw twarzowy, splot barkowy lub kulszowy. Polegają na kurczach klonicznych i nie łączą się z utratą przytomności. Krótko mówiąc, posiadają one wszystkie cechy tak zwanéj „padaczki Jacksona“ u człowieka.

Jeżeli więc posiadamy sposób sztucznego wywołania kurczów Jacksonowskich, to nie trudno nam teraz będzie zbadać istotę téj choroby. A ponieważ poznaliśmy jako przyczynę padaczki Jacksona ucisk mózgu, przeto zadaniem naszém jest tylko odszukać te obszary mózgu, których ucisk sprowadza kurcze.

Dotychczas wiemy, że te obszary leżą dla każdéj połowy ciała w przeciwnéj półkuli mózgowéj, a mianowicie w przodkowych częściach mózgu. Teraz rozchodzi się nam tylko o dokładne określenie ich położenia — czy one tworzą część kory mózgowéj, czy nie, — kora bowiem mózgowa ma być według panującego obecnie zapatrywania wyłączną siedzibą kurczów „padaczkowych“.

Przy pomocy elektrycznego drażnienia kory mózgowéj nie można tego pytania rozstrzygnąć. Prosty bowiem tężec wywołany drażnieniem elektryczném nie ma nic wspólnego z opisanemi kurczami jednostronnemi. Nadto trudno wzbronić ubocznym prądom przystępu do głębszych warstw mózgu, a tém samém trudno orzec, czy wywołane kurcze powstały skutkiem podrażnienia kory, czy też miejsc głębiéj pod korą położonych.

Powyższe jednak pytanie zdołałem na innéj drodze stanowczo i pewnie rozstrzygnąć.

Jeżeli siła ucisku, która wywołała jednostronne kurcze, potęguje się, to ucisk zamienia stan podrażnienia ośrodkowych narządów, podtrzymujący owe kurcze, w stan porażenia. Skutkiem tego mięśnie, które dopiero co były siedzibą kurczów zostają porażone, — i to w tym porządku, w jakim pojawiały się kurcze. A w najcięższych przypadkach występuje zupełne porażenie wszystkich mięśni po stronie choréj, któreto porażenie, jak to już na innem miejscu[1]) dokładnie wykazałem, odpowiada najpiękniéj aż do najdrobniejszych szczegółów połowiczym, mózgowym porażeniom człowieka.

Jeżeli jednak porażenie ośrodków podtrzymujących kurcze jednostronne nosi na sobie czystą cechę mózgowego porażenia obwodowych pni nerwowych, to muszą także ośrodki dla kurczów i ośrodki mózgowe dla nerwów ruchowych być identycznemi. A z tego wynika, że tak zwana padaczka Jacksona polega na nieprawidłowym stanie podrażnienia nie jakichś specyficznych, tak zwanych „ośrodków kurczowych,“ jakie dla padaczki istnieć mają, lecz raczéj na podrażnieniu zwykłych fizyjolo-

[1]) Rozprawy Akad. Wied. i t. d. str. 289.

gicznych narządów ośrodkowych, z których wśród normalnych stosunków wychodzi podnieta do naturalnych ruchów.

Następnie mogłem udowodnić, że ośrodki te nie leżą w korze.

Gdyby leżały w korze, to musielibyśmy wspomniane porażenia wywołać także przez zniszczenie przodkowych części kory mózgowéj.

To jednak nie następuje. Jeżeli wytniemy królikowi kawałek kory mózgowéj, to pojawiają się tylko przelotne osłabienia mięśni odnóg. W krótkim czasie, już po upływie 24 godzin funkcyjonują mięśnie zupełnie prawidłowo.

Skoro jesteśmy w stanie porazić te narządy ruchowe, których nieprawidłowe podrażnienie sprowadza padaczkę Jacksona, przez to, że ugniatamy przodkowe obszary mózgu, a nie przez to, że korę w zakresie tych obszarów niszczymy, to nie mogą oczywiście te narządy leżeć w korze mózgowéj, lecz muszą się znajdować tam, dokąd sięga działanie ucisku, t. j. w głębi.

Z tego wynika, **że ośrodki dla kurczów Jacksona leżą pod korą mózgową.**

Z okoliczności zaś, że, jeżeli powiedzie się wywołać u królika przez ucisk przodkowych obszarów mózgu porażenie po przeciwnéj stronie ciała, gdy tymczasem przez zniszczenie kory w zakresie tych obszarów nie można sprowadzić porażenia, wynika, że także te ośrodki, z których wychodzi podnieta do prawidłowéj czynności mięśni, leżeć muszą pod korą mózgową.

(Dokończenie nastąpi).

II. Przypadek poprzecznego złamania rzepki, leczony przez zeszycie odłamków drutem srebrnym. Uwagi o leczeniu tych złamań.

Podał **Dr. Józef Bogdanik** w Biały.

(Dokończenie. Patrz Nr. 17).

II. Złamania stare.

Operujący i rok operacyi	Wiek i płeć chorego	Uwagi
Cooper 1861	m.	Cięcie podłużne. Zrost kostny. Nie antyseptycznie.
Logan 1864	30 m.	Cięcie podłużne, drut srebrny usunięty. Zrost silny. Nie antyseptycznie.
Cameron 1877	m.	Pierwsze złamanie 1876 r., drugie 1877 r. po 3ch miesiącach cięcie podłużne 2 druty srebrne. Zrost ścięgnisty. Staw ruchomy.
Schede 1877	30 m.	Po 10 tygodniach cięcie poprzeczne, 2 druty srebrne. Ropienie, anchyloza.
Trendelenburg 1878	17 m.	Po 6ciu tygodniach 2 druty srebrne pozostawione. Ruchy prawidłowe.
„ 1882	26 m.	Cięcie poprzeczne, 2 druty srebrne pozostawione. Staw sztywny.
Henry Smith 1878	22 m.	Po roku cięcie podłużne, 2 druty srebrne, przecięcie ścięgna mięśnia czterogłowego celem zbliżenia odłamków. Zrost kostny. Ruchy prawidłowe.
W. J. Ball 1878	25 m.	Cięcie podłużne, drut żelazny. Ropienie, śmierć z pyemii po 14tu dniach.
Royes Bell 1879	27 m.	Cięcie podłużne, 2 druty srebrne. Przecięcie podskórne mięśnia prostego (*rectus femoris*). Zrost kostny, ruchomość prawidłowa.
	?	Małe ropienie i mała ruchomość.
	?	Bez reakcyi. Ruchomość prawidłowa.
	?	
Koenig 1880	71 m.	Po 5ciu miesiącach cięcie poprzeczne, szew katgutowy. Zrost kostny, mała ruchomość.
Goering 1880	22 m.	Po 4ch miesiącach cięcie poprzeczne 2 druty platynowe pozostały, bez sączka. Zrost silny, ruchy prawidłowe.
Lister 1880	22 m.	Po 5ciu miesiącach cięcie podłużne 1 drut srebrny. Po 4 tygodniach przy ruchach biernych drut się przedarł i blizna rozciągła przeto go powtórnie operowano. Zrost kostny. Zgina kolano do kąta 90°.
„ 1880	43 ż.	Po 8miu tygodniach cięcie podłużne, drut srebrny. Zrost silny, zgina kolano do kąta 90°.
Poncet 1881	m.	Wynik dobry.
Hartwich 1882	m.	Po 2ch latach cięcie podłużne, 2 druty srebrne zostały. Zrost silny, ruchy dobre.
Turner 1881	39 m.	*Fractura comminutiva.* Cięcie podłużne 2 druty srebrne. Ropienie i ankyloza.
Macewen 1882	20 m.	Cięcie podłużne, drut srebrny, zgina do 90°.
Pye[1])	?	Ropienie i ankyloza.
Johnson Smith	?	Ropienie i ankyloza.
	?	
Mausell Moulin	?	Niemożebność zbliżenia odłamków, ztąd nie ma poprawy po operacyi.
Jordan Lloyd	?	Mimo przecięcia mięśnia czterogłowego i więzu rzepki odłamki jeszcze o cal były oddalone. Ruchomość mała.
Holmes	?	Ropienie i anchyloza.
Holderness	?	Wynik dobry.
Rushton Parker	?	
Howse	?	Ankyloza bez ropienia u dotkniętego kiłą.
	?	Ruchy prawidłowe.
	?	Mała ruchomość przy ruchach biernych, powtórne złamanie. Poprawienie małe.
	?	Wynik dobry.

[1]) Następujące przypadki znane mi są tylko z statystyki Tournera *„The Lancet.“* 17, XI, 1883 r.

Operujący i rok operacyi	Wiek i płeć chorego	Uwagi
Oliver Pemberton	?	Zrost ścięgnisty.
Sydney Jones	?	Częściowa ruchomość. W skutek zawczesnego oddania się pracy ropienie, wyleczone nacięciem.
Wood	?	Ruchy prawidłowe.
	?	Ruchy ograniczone.
	?	Nacięcie mięśnia czterogłowego dla zbliżenia odłamków. Po 10ciu dniach ropienie i śmierć z pyemii w 3 tygodnie.
Bryant 1882	?	Odłamki zrośnięte, ankyloza.
Mac Cormac	?	Pijak. Mięsień czterogłowy przecięto.
		Ropienie, amputacyja uda, śmierć z septicemii.

Widzimy tedy, iż w świeżych przypadkach, których naliczyłem 60, pięć razy nastąpiło stężenie stawu, pięć razy mała ruchomość, 47 razy ruchomość dobra, a 2 razy śmierć mianowicie raz z ropnicy, a raz z zatrucia karbolem, raz konieczną była amputacya uda w przypadku powikłanego złamania, który operowano po 20 dniach, a zatém prawdopodobnie już przed operacyją było zakażenie rany. Mniéj korzystnie przedstawia się rzecz w 39 przypadkach następowych operacyj. Tylko 20 razy był wynik dobry, raz nie było żadnéj poprawy, 6 razy mała ruchomość, 9 razy stężenie, dwa razy śmierć z ropnicy, a raz z posocznicy. Jeszcze znaczniejsza będzie różnica, jeżeli nie policzymy przypadkowéj śmierci w skutek zatrucia karbolem. Wobec tego zatém w przypadkach świeżych wskazaną jest operacyja i zasługuje na prawo obywatelstwa w chirurgii, niekorzystny wynik w starych przypadkach zaś zachęcić powinien do rychłéj operacyi. Jednakże i w świeżych złamaniach nie należy kwapić się z operacyją, jeżeli odłamki zbliżyć i w tém położeniu utrzymać się dadzą. Wtedy tylko przystąpić do niéj godzi się, jeżeli znaczniejszego oddalenia odłamków nie można pokonać. W całkiem świeżych przypadkach można pójść za radą, którą podaje M. Heath. Wychodząc z tego założenia, iż przyczyną oddalenia się odłamków nie jest działanie mięśni lecz wynaczynienie krwi do stawu kolanowego, wydobył płynną krew za pomocą trójgrańca w godzinę po złamaniu i następnie założył przyrząd gipsowy, który leżał 6 tygodni a z końcem trzeciego miesiąca chorzy chodzili. W trzech przypadkach tym sposobem leczonych nastąpiło krótkie połączenie ścięgniste. W moim przypadku krew skrzepła nie byłaby się dała wydobyć przez trójganiec. Również nie mogłem uskutecznić spojenia odłamków bez otwarcia stawu kolanowego, jak to uczynił Van der Meulen. Przekonał on się bowiem po przecięciu skóry, iż błonka rozciąga się pomiędzy brzegami przedniéj płaszczyzny jakoteż pomiędzy brzegami tylnéj płaszczyzny rzepki, między któremito błonkami znalazł skrzepłą krew. Przeciąwszy tedy przodkową błonkę wydobył skrzepy krwi łyżeczką Volkmanowską nie naruszając tylnéj błonki i następnie drutami spoił odłamki. Tym sposobem wykonał operacyję nie otwierając stawu kolanowego, od którego go jeszcze dzieliła owa błonka. Podobnéj błonki nie widziałem, przeciwnie po przecięciu skóry już znalazłem skrzepy krwi dochodzące do stawu. Van der Meulen również w swym opisie nie podaje, czy znalazł przedarcie torebki stawowéj. Trzymałem się tedy z małemi odmianami metody Listerowskiéj. Lister bowiem tylko jeden drut zakłada, w moim zaś przypadku założenie trzech drutów było wskazane w obec tego, iż dolny odłamek rozdzielony był na kilka części. Daléj spoiłem brzegi przedartéj torebki katgutem, o czém Lister nie wspomina. Najważniejsza zaś, iż nie założyłem sączka, a przebieg pooperacyjny udowodnił zbyteczność jego. W ogóle sądzę, iż przy opatrunkach przeciwgnilnych używanie sączków ograniczyć się da *ad minimum*, a nawet *antisepsis* tego wymaga, aby dla istót gnilnych nie zostawiać furtki, którą się dostać mogą do wnętrza. Zadaniem sączków jedynie być może odprowadzenie istót gnilnych, gdzie się ich gromadzenia spodziewamy, na zewnątrz. Przy zeszyciu odłamków rzepki już kilka razy nie zakładano sączka, Langenbeck niestety takiego chorego stracił z pyemii. Kilku chirurgów obecnie po spojeniu odłamków rzepki krótko obcięte końce drutów przybija młotkiem do rzepki, więcéj ich nie wydobywa. O metodzie Kochera, Volkmanna i naukach Malgaignowskich nie wspominam, albowiem sądzę, iż przed tym sposobem leczenia złamań rzepki szew kostny stanowcze ma pierwszeństwo. Przekroczyłoby również zakres méj pracy, gdybym rozbierać chciał leczenie złamań rzepki za pomocą mięsienia, zwłaszcza, że Ruland w swéj pracy *(Centralblatt f. Chirurgie 1885 N. 9.)* dopiero 8 przypadków naliczył.

Czy miałem prawo wykonania téj operacyi jako lekarz praktykujący na prowincyi, na to się znajdzie odpowiedź w wyżéj przytoczonéj rozprawie Listera. Kładzie on nacisk na postępowanie przeciwgnilne i mówi: „jeżeli kto sumiennie powiedzieć sobie może, że potrafi zapobiedz dostaniu się istót gnilnych do rany, wtedy nietylko może, ale powinien podjąć się téj operacyi.“ — W końcu winienem podziękować koll. Senftowi i Kupce, których umiejętnéj pomocy dobry wynik zawdzięczam, a pomoc taka nie jest na prowincyi na zawołanie.

III. Przyczynki do nerwic narządu moczo-płciowego.

Skreślił Dr. B. Skórczewski,

lekarz zdrojowy w Krynicy.

II. Moczówka przemijająca.

Długi czas trwające zwiększone wydzielanie moczu według Senatora (*Ziemssens Handbuch* XIII. II. 1876) spostrzegano już w 17 stuleciu (Tomasz Willis 1670), a te spostrzeżenia odnosiły się, jeśli nie wyłącznie to przeważnie do cukrzycy, którą rozpoznal dopiero Sauvages (1763), a Frank (1792) podzielił na *diabetes mellitus* i *diabetes insipidus*. Te nazwy utrzymują się do dziś dnia. *Diabetes mellitus* ujęto obecnie w pewne ramy symptomatologiczne, podczas gdy *diabetes insipidus* dotychczas nie jest należycie określony.

Przez *diabetes insipidus* rozumiemy zboczenie, które długi czas się utrzymuje, a polega na zwiększoném wydzielaniu moczu (naturalnie bez cukru lub białka), nie zależy jednak bezpośrednio od zwiększonego przyjmowania płynów. Tego zboczenia ostatecznéj przyczyny szukać należy w zmianach chorobowych począwszy od dna kómórki czwartéj aż do nerek.

Nadto rozróżniamy jeszcze jednę postać tego zboczenia nazwaną *polydipsia* (Beneke, a późniéj Kütz i inni), gdy zwiększone wydzielanie moczu jest tylko skutkiem cho-

robowo zwiększonego pragnienia, a następnie obfitszego przyjmowania płynów.

Resztę zboczeń objawiających się wydzialaniem większéj ilości moczu niż to bywa w stanach fizyjologicznych nazywamy ogólnie *polyuria*. Dotąd nie silono się nawet, aby ugrupować w pewne działy to zboczenie, które przecież może pochodzić od rozlicznych przyczyn i rozwijać się w sposób rozmaity. Nie uczyniono zaś tego raz z powodu, iż fizyjologija wydzielania moczu pod wielu względami jest jeszcze nieustaloną, a zwłaszcza wpływ układu nerwowego na tę czynność znamy tylko w bardzo ogólnikowych zarysach, a powtóre z tego powodu, iż zbyt mało zwraca się uwagi na tego rodzaju zboczenia, nie dość skrzętnie zapisuje się spostrzeżenia w tym kierunku, uważając je za rzecz małéj wartości praktycznéj. Skutkiem tego nie wyjaśnia się nam ten dział czynności ustroju ani pod względem fizyjologicznym ani patologicznym. To zapatrywanie niechaj mnie usprawiedliwi, iż nieco dłużéj zatrzymam się przy spostrzeżeniach, które na pozór nie przedstawiają wielkiéj wartości praktycznéj, a z któremi dosyć często spotykamy się, zwykle jednak nie staramy się wytłumaczyć sobie tychże.

W stanach fizyjologicznych ilość wydzielanego moczu nie zawsze jest jednakową, ale waha się w granicach dosyć znacznych, bo pomiędzy 1,000 a 1,400 cm. sześć. na dobę, a nawet o wiele przekracza tę granicę, co głównie zależy od ilości wypitych płynów. Glax podaje na to stosunek 2 : 3. W tym stosunku jednak znowu mogą zachodzić znaczne różnice, które zależą od jakości płynów (lub pokarmów). Tak np., chlorek sodu sprawia, iż zmniejsza się wydzielanie moczu (Verson), po napojach zaś podniecających lub zawierających kw. węglowy wydziela się więcéj moczu. Wielokrotnie także spostrzeżono, że nastrój umysłu doniosły ma wpływ na ilość wydzielanego moczu, a mianowicie: pod działaniem ożywionego, podnieconego nastroju umysłu znacznie więcéj wydziela się moczu, niż zwykle, a przeciwnie znacznie mniéj się go wydziela przy usposobieniu zgnębioném.

Wyraźniéj spostrzeżono tę różnicę w stosunku między piciem a wydzielaniem moczu w stanach chorobowych, zwłaszcza w gorączkach. Tu stale zmniejsza się wydzielanie moczu (Liebermeister), a potém zaraz po ustąpieniu gorączki na pewien czas wzmaga się niekiedy znacznie (Glax). Wyjątek w tym względzie stanowi epidemiczne zapalenie opon mózgowych, w którém mimo wysokiéj gorączki spostrzegano niekiedy zwiększone wydzielanie moczu (Ziemssen, Mosler).

Z przytoczonych tutaj spostrzeżeń okazuje się, iż w ustroju raz większe innym razem mniejsze mogą się zatrzymywać ilości wody, a to na czas krótszy lub dłuższy, co jednak nie wywołuje w nim ważniejszych zaburzeń, oraz że w danéj chwili te nadmierne ilości wody w krótkim czasie mogą być wydalone, Beneke wyraża się, że mogą występować zaburzenia w krążeniu wody w ustroju, których genezę trudno wytłumaczyć, ale po większéj części wyprowadzać ją należy ze zboczeń w czynnościach nerwów.

W roku 1878 śledziłem przypadek chorobowy, który najsnadniéj zaliczyćby można do działu *diabetes insipidus*, który jednak pod niektóremi względami nie przedstawiał typowego obrazu tego cierpienia. Dotyczył on chłopczyka 11 lat liczącego, dosyć wątłego i miernie odżywionego. Rodzice jego utrzymują, iż on tak wymizerniał przez chorobę, na którą zwrócili uwagę dopiero przed trzema czy czterema tygodniami, a która polega na tém, że chłopczyk oddaje więcéj moczu niż zwykle. Czasem cały dzień upłynie, że odda zwyczajną ilość moczu, a czasem „leje się z niego do południa, a potém się uspokoi“. Raz jeden w tym czasie przez trzy dni było zupełnie dobrze, a potém znowu choroba wróciła. Najczęściéj mocz bywa jasny jak woda, ale kilka razy dostrzegli, iż mocz następnie staje się mętny, biały. Chłopiec ma przytém dobry apetyt, nie miewa zbyt silnego pragnienia.

Badając przedmiotowo nie zdołałem znaleźć żadnych zmian w ustroju. Mocz zaś przedstawiony mi w dwóch flaszeczkach był w jednéj zupełnie czysty, jasny, o bardzo niskim ciężarze gatunkowym (1·003), w drugiéj zaś mętny, biały o również niskim ciężarze. Ten ostatni nie rozjaśniał się po rozgrzaniu, lecz dopiero po dodaniu kwasu octowego; zatém były to fosforany ziemne. Mocz oddany w czasie badania był jasno żółty, o ciężarze gatunkowym znacznie wyższym (1·014), a w jego składzie chemicznym nie znalazłem wybitniejszych zboczeń. W żadnym z tych moczów, jakoteż w późniéj badanych, nie znalazłem ani białka ani cukru ani też innych nieprawidłowych składników.

Ponieważ przez te kilka tygodni rodzice zasięgali rady u rozmaitych lekarzy, i przedłożyli mi szereg recept, z których dowiedziałem się, iż chory używał wielu rozmaitych środków, a zawsze bezskutecznie, przeto nie rokowałem zbyt pomyślnie, a poleciłem dyjetę pożywną, przeważnie mleczną i podałem rozczyn arsenowy Fowlera. Że zaś chory mieszkał w odległości kilku mil, i nie mogłem go widywać częściéj niż raz na tydzień, dla tego przepisałem mu jeszcze bromek potasu, który miał używać w razie, gdyby po kilku dniach przyjmowania arsenu nie wystąpiło polepszenie co do wydzielania moczu. Po ośmiu dniach znalazłem znaczną różnicę co do wejrzenia, a od rodziców dowiedziałem się, że tylko na drugi dzień po poprzedniej bytności u mnie wystąpiło bardzo obfite wydzielanie moczu, i trwało przez pół dnia, a od tego czasu chory mocz wydziela prawidłowo; dla tego wcale nie podali bromku potasu, ale poprzestali na rozczynie Fowlera. Chory używał tego rozczynu arsenowego przez dwa miesiące, z dobrym skutkiem. Następnie przez pięć lat częste miałem wiadomości o tym chorym. Zboczenia w ilości oddawanego moczu nie dostrzeżono ani razu a także nie zapadał na żadne cięższe choroby, lecz dobrze rozwija się tak pod względem fizycznym jak umysłowym. Co do mnie to zarówno nie umiałem sobie zdać sprawy, jaka była przyczyna i rozwój nadmienionego zboczenia w wydzielaniu moczu, jak też czy istotnie arsen działał tutaj lecząco. Podałem go rozumując na podstawach analogii, że skoro ten lek często z dobrym skutkiem podajemy w cierpieniach nerwów naczynio-ruchowych, to w opisanym przypadku można go zastosować, gdyż prawdopodobnie podstawą zaburzeń jest również pewne zboczenie w czynności nerwów naczyniowo-ruchowych nerek.

Drugi przypadek spostrzegałem w roku 1876 u mężczyzny liczącego lat 42, zamożnego obywatela ziemskiego dobrze zbudowanego i odżywionego. Badałem go kilkakrotnie ale nie udało mi się wykryć zmian w żadnym z narządów. Dostrzegłem tylko, iż lewa połowa ciała, a zwłaszcza lewa odnoga górna, słabiéj była rozwiniętą niż połowa prawa. Chory twierdził, że to zboczenie ma od urodzenia, dawniéj jednak było ono w bardzo wysokim stopniu, gdyż ręką lewą prawie nic nie był w stanie robić, a lewą nogą zaledwie mógł poruszać, ale długiém leczeniem, gimnastyką, elektrycznością, nacieraniami zboczenie to o tyle usunięto, że mu

to nie przeszkadza, lubo zawsze czuje, że lewa połowa ciała pozostała słabszą. Zresztą chory nie skarży się na żaden ważniejszy przypad chorobowy, a jedynie cokolwiek jest znużony pracą, osłabiony, ale przytêm zdrów zupełnie. Nadmienia jeszcze, że czasem raz na 2 tygodnie, czasem raz na miesiąc lub jeszcze rzadziéj zdarza się, że oddaje bardzo dużą ilość moczu, a wtedy zwykle bywa mocz jasny jak woda. Od 24 czerwca leczył się w Krynicy, mocz badałem co parę dni i nie znalazłem w nim żadnych nieprawidłowych składników. Jego ciężar bywał około 1·020 a 1·028, niekiedy jednak podnosił, się i dochodził do 1·036, wtedy mocz był mętny i zawierał dużo moczanów. Chory w ogóle czuł się bardzo dobrze, łaknienie było dobre jak również sen, a zawsze był wesoły, ożywiony. Dopiero 14 lipca bez utraty zwykłego wesołego usposobienia opowiada, że od rana do południa miał kilka wodnistych wypróżnień stolcowych, a nadto, że oddaje mocz w bardzo wielkich ilościach. Zbadałem wtedy chorego, ale nie zdołałem wykryć żadnych zmian chorobowych. W czasie badania oddał chory moczu około 600 cm. sześć., a ten był jasnym jak woda, i miał ciężar gatunkowy 1·002. Te przypady trwały jeszcze kilka godzin, i bez żadnych leków ustąpiły wieczorem. Chory twierdził, że w tym dniu prócz stolców wodnistych samym moczem wydzielił 8 do 10 kwart wody. Ale to zaburzenie nie przestraszało go, gdyż spostrzega je dosyć często, chociaż nie zawsze występuje biegunka obok zwiększonego wydzielania moczu.

W obu tutaj opisanych przypadkach zboczeń występujących w wydzielaniu moczu nie można wprost odnosić do wody wypitéj w najbliższym czasie, ani też do zboczeń anatomicznych czy to w nerkach czy w reszcie ustroju, ani w końcu do zmiany w czynności serca; ale najprawdopodobniejszém jest przypuszczenie, iż główną przyczyną było zboczenie w czynności nerwów pośredniczących w wydzielaniu moczu.

Pod tym względem doświadczenia fizyjologiczne wykazały, że nakłócie komórki czwartéj zawsze sprawia zwiększone wydzielanie moczu, ale nie zawsze występuje cukromocz. Przecięcie zaś rdzenia szyjnego aż do siódmego kręgu sprawia, iż wydzielanie moczu zostaje powstrzymaném. Co zaś tyczy się gałęzi nerwowych, to zwiększa się wydzielanie moczu po przecięciu nerwów otaczających naczynia nerki, a także po przecięciu nerwu trzewowego, podczas gdy drażnienie jego sprawia, iż zmniejsza się wydzielanie moczu. Tą drogą wykazano, że ośrodek nerwów naczyniowo-ruchowych pośredniczących w wydzielaniu moczu leży na dnie komórki czwartéj, powtóre, że większe wydzielanie moczu zależy od większego rozszerzania się naczyń doprowadzających, przez co zwiększa się parcie w kłębkach, a têm samém przesącza się większa ilość płynów. Stwierdzono także, że wydzielanie jest têm większe, im rozszerzenie naczyń więcéj ogranicza się tylko do samych nerek (L a n d o i s).

Jeżeli przyjmiemy te zdobycze fizyjologiczne za podstawę, to na genezę opisanych zboczeń chorobowych możnaby się zapatrywać w sposób następujący: W pierwszym z tych przypadków trudno przypuścić, aby zmiany anatomiczne w ośrodkach nerwowych były przyczyną zwiększonego wydzielania moczu, gdyż nie było żadnych objawów, któreby usprawiedliwiały to przypuszczenie, a powtóre zmiany anatomiczne w ośrodkach tak spiesznieby nie ustąpiły. Przeto prawdopodobnie przyczyną zwiększonego wydzielania moczu była zmiana (zmniejszenie) w czynności samych gałązek nerwowych czy to gałązek z nerwu trzewowego czy też gałązek oplatających tętnice nerkowe. Ta zmiana w czynności tych nerwów nie utrzymywała się stale, ale występowała z pewnemi przerwami, w podobny sposób, jak to spostrzegamy w nerwobólach.

Drugi opisany tutaj przypadek jest nieco podobnym do pierwszego. Również zdaje się, że tu głównéj przyczyny zboczeń w wydzielaniu moczu szukać należy w zmienionéj (zmniejszonéj) czynności nerwów, ale nie łatwo można tu wykluczyć zboczenia w ośrodkach nerwowych, jeśli się uwzględni, że cierpienie to występuje od bardzo dawnego czasu i że od urodzenia słabiéj była rozwiniętą lewa połowa ciała. Równoczesne występowanie biegunki obok zwiększonego wydzielania moczu przemawia za zboczeniem bliżéj ośrodków leżącém. W doświadczeniach fizyjologicznych otrzymywano podobnego rodzaju zboczenia, mianowicie przekrwienia tak w przewodzie pokarmowym jako też w nerkach po przecięciu nerwu trzewowego. Że bywają przypadki moczówki, których przyczyna nie tkwi w ośrodkach nerwowych, za têm przemawiają spostrzeżenia L a c o m b a, F l e u r e g o, R o m b e r g a, K i e n a, E p s t e i n a. Zapatrywania fizyjologów przechylają się ku temu poglądowi, gdyż moczówkę po nakłóciu komórki czwartéj usiłują wyprowadzać jedynie z pobudzenia nerwów naczynio-ruchowych nerek, wywołanego têm nakłóciem. Z drugiéj strony tłuszczowe zwyrodnienie zwoju trzewowego *(gang. coeliacum)* i nerwu trzewowego w moczówce spostrzegał W i n o g r a d o w; i również S c h a p i r o *(Zeitsch. f. klin. Med. 1884)* przemawia za têm, iż wiele przypadków moczówki pochodzi od zboczeń nie ośrodków nerwowych ale nerwu trzewowego.

Jak w opisanych przypadkach zboczenia w wydzielaniu można tłumaczyć zmniejszoną czynnością nerwów, tak z drugiéj strony napotykamy w literaturze spostrzeżenia, lubo dosyć nieliczne, które odpowiadałyby zwiększonéj czynności tychże nerwów, mianowicie spostrzegano znaczne zmniejszenie wydzielania moczu. To zjawisko ma występować w histeryi (J o l l y, C h a r c o t), ma się dłużéj utrzymywać i często łączyć się ze skurczoném zamknięciem szyjki pęcherza. W małéj ilości moczu wydalonéj cewnikiem znajdowano znaczne zwiększenie mocznika; dla tego tłumaczono to zaburzenie nie skurczowém zamknięciem moczowodów, ale zmniejszeniem wydzielania w samych nerkach, a przyczyny upatrywano w zaburzeniach układu nerwowego.

Tego rodzaju przypadek widziałem w roku bieżącym u kobiety liczącéj lat 32, mężatki niecierpiącéj na żadną cięższą chorobę. Byłato osoba zdenerwowana, ale bez żadnych wybitnych objawów histeryi, niedokrewna; a czynność trawienia była u niéj nieco upośledzoną. W drugim tygodniu leczenia zdrojowo-kąpielowego chora wystraszyła się têm, że nie oddawała moczu przez 36 godzin. Nie mogłem wykryć, aby pęcherz był wypełniony, mimo to założyłem cewnik, który łatwo dał się wprowadzić, a którym wypłynęło zaledwie około 100 cm. sześć. moczu, koloru piwnego, bez białka. Chora poprzednio nie doznawała podobnych zaburzeń, spostrzegła tylko, że z początku leczenia się w Krynicy znacznie więcéj wydzielała moczu, niż to bywało w domu. Ponieważ w tym przypadku zaburzenie wystąpiło tylko raz jeden i nie powtórzyło się więcéj, i ponieważ zjawiło się podczas leczenia, które prawie zawsze,

a u téj chorej szczególniéj, wywoływało obfite wydzielanie moczu tak skutkiem picia wody obfitującéj w kwas węglowy, jako też skutkiem kąpieli; przeto jest możebném, że właśnie te czynniki usposobiły ustrój do przeciwnego rodzaju zboczeń w czynności nerwów, pośredniczących w wydzielaniu moczu.

IV. Oceny i sprawozdania.

Groeningen: O wstrząsie.

Podał Dr. Prus.

Monografija Groeningena (*Ueber den Shock. Eine kritische Studie auf physiologischer Grundlage von Dr. G. H. Groeningen, Stabsarzt am königl. med. chir. Friedrich-Wilhelms-Institut in Berlin. Mit einem Vorworte von Prof. Dr. Bardeleben.* Wiesbaden, 1885, Bergmann, in 8vo, str. 255) o wstrząsie jest bez wątpienia wyczerpującém zestawieniem wszystkich niemal prac w tym przedmiocie napisanych i krytyczném roztrząśnieniem tychże. Autor skreśliwszy rys historyczny nauki o wstrząsie i przedstawiwszy obraz choroby, omawia teoryje, wypowiedziane co do przyrody wstrząsu, dzieląc je na dwa główne działy według tego, czy tłumaczenia wstrząsu oparto głównie na zmianach w układzie naczyniowym (teoryje hematopatologiczne), czy téż w ośrodkach nerwowych (teoryje neuropatologiczne). Za największą wadę poczytuje autorom, wyznającym teoryję hematopatologiczną, tę okoliczność, że każdy z nich wyrwał ze słynnego doświadczenia Goltza pewien oddzielny fakt i na nim wyłącznie oparł swe zapatrywania o wstrząsie. I tak Blum uwzględnił tylko wstrzymanie ruchów serca przy pukaniu brzucha żaby, występujące skutkiem odruchowego podrażnienia nerwu błędnego i uznał wstrząs za odruchowe wstrzymanie bicia serca. Fischer, zaś uchwyciwszy się tylko odruchowego porażenia nerwów naczynioruchowych w doświadczeniu Goltza, określił wstrząs jako odruchowe porażenie naczyń. Podczas gdy Blum tłumaczy wszystkie objawy wstrząsu (jak osłabienie mięśniowe, zmniejszenie czucia i odruchowości, ogólne otrętwienie, zwolniony oddech itd.) ustaniem ruchów serca, odnosi je Fischer do porażenia nerwów naczynioruchowych, mówiąc, że jakkolwiek we wstrząsie serce bić może, pracuje jednak bezowocnie, gdyż cała ilość krwi, gromadząc się w porażonych naczyniach, szczególnie w trzewach, nie może wrócić do serca i dostać się do mózgu. Tymczasem sam Goltz wspomina, że wprzód nim serce bić przestanie, ustaje oddech i występuje porażenie ruchów dowolnych, znaczne zaburzenia w czuciu, odruchowości itd. Z tego okazuje się dobitnie, mówi G., jak mylną jest teoryja Bluma i Fischera, którzy dla objawów wcześniéj pojawiających się szukają przyczyny w zmianie krążenia, późniéj dopiero występującéj. Zresztą zaburzeń w sferze ruchu i czucia nie można odnosić do niedokrewności mięśni i skóry z tego również względu, że mięśnie znoszą, jak wiadomo, wcale dobrze wstrzymanie dopływu krwi nawet przez kilka godzin. Nadto przekonał się autor, że u królików zdechłych skutkiem wstrząsu nie zauważył wcale przekrwienia trzew, lecz owszem uderzającą niedokrewność tętniczą i żylną.

Następnie omawia autor teoryje neuropatologiczne, z pośród których przechyla się najwięcéj do teoryi Leydena, opierającéj się na nauce Goltza o tamowaniu odruchów. Każdy dostatecznie silny bodziec, drażniący rdzeń pacierzowy jużto bezpośrednio, jużtéż za pośrednictwem nerwów czulnych obwodowych, wywołuje silne wstrząśnienie molekularne rdzenia pacierzowego, skutkiem czego rdzeń traci wrażliwość na inne bodźce słabsze. We wstrząsie można sobie pomyśleć tak silne wstrząśnienie rdzenia pacierzowego, że wszystkie jego czynności są porażone lub przynajmniéj *ad minimum* zredukowane. Ponieważ, jak wiadomo, do czynności rdzenia pacierzowego należy: ruch, czucie, odruchy, wpływ na serce, na nerwy naczynioruchowe i na oddech, łatwo pojąć dla czego tylko w tym zakresie występują najcięższe zaburzenia we wstrząsie, gdy tymczasem świadomość siebie jako czynność mózgu jest zazwyczaj wolną. Autor, modyfikując jednak w niektórych względach zapatrywania Leydena, określa wstrząs w następujących słowach: „wstrząs jestto znużenie rdzenia pacierzowego i rdzenia przedłużonego wywołane przez zadziałanie silnych bodźców“. Autorowi nie rozchodzi się wcale o dokładną nazwę dla wyrażenia funkcyjonalnéj zmiany w ośrodkach nerwowych. Czy zmianę tę nazwiemy przedrażnieniem, znużeniem, otrętwieniem, czy w inny jaki sposób, jestto rzeczą obojętną. Istota wstrząsu polega na zniesieniu wszystkich niemal czynności rdzenia, czego objawem jest brak odruchów, porażenie ruchów, przytępienie czucia, porażenie zwieraczy, obniżenie ciepłoty, zwolnienie oddechu, porażenie ośrodków naczynioruchowych, osłabienie czynności serca. Ten sam stan zawieszenia czynności rdzenia może być wywołanym także przez wstrząśnienie rdzenia. Dla tego téż tak trudną jest rzeczą odróżnić w ogólności wstrząśnienie rdzenia lub mózgu od shocku.

Nie mogę na tém miejscu pominąć téj uwagi, że stosunek między wstrząśnieniem, stłuczeniem, uciskiem mózgu itp. ocenił już należycie prof. Adamkiewicz w pracy swéj o ucisku mózgu, a powtóre, że zapatrywania Gr. licują najzupełniéj z wynikami badań prof. Adamkiewicza.

Tak zwana eretyczna forma wstrząsu (Hunter, Travers, Fischer, Dupuytren) nie jest, zdaniem autora, właściwym wstrząsem, przejść jednak może czasem w shock. Wstrząs obwodowy, czyli miejscowy, jaki występuje czasem w sąsiedztwie ran gwałtownie zadanych, uważa Gr. za stan znużenia nerwów obwodowych, niezawisły od ich obrażeń. Wstrząs obwodowy występuje szczególnie często po ranach postrzałowych.

Wynik oględzin pośmiertnych jest we wstrząsie ujemny.

Po dokładném omówieniu symptomatologii wstrząsu przytacza autor przyczyny, usposabiające do wstrząsu, do których zalicza wszystkie w ogólności wpływy osłabiające ustrój, jak choroby, utratę krwi, trudy itd. i momenty, które sumując się wyczerpują niejako układ nerwowy jak np. wiezienie chorego po zranieniu, badanie, operacyje itp. Aby ból mógł być przyczyną wstrząsu, nie chce autor przyznać. W tym względzie nadmienić muszę, nie ma autor słuszności, a dowody, jakie przytacza, sprzeciwiają się wprost jego zasadzie, postawionéj dla nauki o wstrząsie. Zapomina bowiem, że ból jest wyrazem wcale silnego drażnienia nerwów czulnych i że drażnienie to prowadzić może do znużenia ośrodków nerwowych, a więc do wstrząsu.

Omówiwszy dosyć obszernie rozpoznanie, statystykę wstrząsu i wstrząs psychiczny przechodzi po kolei wszystkie operacyje, po których pojawia się czasem wstrząs, uwzględnia rażenie piorunem, oparzenia, obrażenia różnych części ciała i uwydatnia znaczenie wstrząsu dla medycyny sądowéj. Chloroform ma chronić od wystąpienia wstrząsu wśród operacyi, nie leczy jednak shocku, owszem potęguje w tym razie niebezpieczeństwo zupełnego porażenia ośrodków nerwo-

wych. Większych operacyj, z wyjątkiem tych, które mają ratować wprost życie, nie należy wcześniéj przedsiębrać niż przed 6—8 godzinami po zranieniu. Jeżeli wstrząs już istnieje po zranieniu, należy wstrzymać się z operacyją, dopóki objawy wstrząsu nie ustąpią.

Rokowanie zawisło od natężenia objawów i od ich trwania. Ciepłota poniżéj 35°C. nakazuje rokować niepomyślnie. W leczeniu uwzględnić należy przedewszystkiém bezwzględny spokój, a zaniechać bezwarunkowo nacierania ciała itp. Natomiast trzeba chorego ciepło okryć i podawać mu środki podniecające, jak wyskok, kamforę, eter lub wstrzykiwania podskórne strychninu.

Jak już z tego krótkiego sprawozdania widzimy, zaleca się dzieło Groeningena wszechstronném opracowaniem przedmiotu i krytyczném obrobieniem materyjału dotychczas nagromadzonego, przyczém nadmienić musimy, że i pisma polskich pracowników (prof. Blumenstoka, Wasylewskiego itd.) autor starannie uwzględnił. Piękna forma i lekki styl podnoszą również znacznie wartość dzieła.

Volkmann: **O gruźlicy ze stanowiska chirurgicznego.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 17).

W dyskusyi nad gruźliczém schorzeniem błon śluzowych dostępnych dla chirurgii nadmienia Maas, że gruźlicę języka jest bardzo trudno odróżnić od raka. Wątpliwość usunąć może dopiero badanie drobnowidowe. Gruźlica języka występuje często w postaci wielkich guzów, podobnych do guzów rakowych lub kilakowych. W powierzchownych warstwach guza znajdujemy tylko nieliczne prątki gruźlicze, gdy tymczasem w głębszych, mięsistych częściach, mieszczą się obfite gniazda laseczników. Łatwiejszą do rozpoznania jest druga forma gruźlicy, występująca mianowicie w postaci powierzchownych owrzodzeń, podobnych do wrzodów kiłowych. W ogólności rokowanie w gruźlicy języka jest pomyślne.

König nadmienia, że Volkmann zapomniał o jednéj bardzo charakterystycznéj postaci gruźlicy nosa, a mianowicie o włókniaku gruźliczym, występującym jużto na przegrodzie nosowéj, jużtéż na muszlach. Łatwo pomięszać można tę formę gruźlicy z polipem śluzowym. Badanie drobnowidowe wykazuje obecność młodéj włókniakowéj tkanki i liczne gruzełki. Riedel spostrzegał także podobne guzy rosnące w jamie nosowéj. Nie dawno temu wyłuszczył znaczny, zbity i twardy guz z jamy nosowéj, a drugi z języka, które dopiero po operacyi rozpoznano jako guzy gruźlicze. Kraske widział gruźlicę błony śluzowéj policzka. Sprawa chorobowa wyszła z gruczołu gruźliczego a przedstawiała się w postaci wrzodu o brzegach podminowanych i dnie, zasłaném gruzełkami wraz z ziarninami. Po oddaleniu brzegów i wypaleniu rany rozżarzoném żelazem nastąpiło wyleczenie.

König uwydatnia, że gruźlica narządu moczopłciowego może pierwotnie umiejscowić się nietylko w jądrze (jak to Volkmann wspomniał), lecz także w nerkach. Pierwsza forma jest nierównie łagodniejszą, niż druga, w któréj gruźlica szerzy się z nerek drogą moczowodów i pęcherza a wreszcie przechodzi na jądra. König sądzi, że wycięcie schorzałego jądra nie jest bezwzględnie konieczną rzeczą, gdyż właśnie to gruźlicze cierpienie odznacza się długim łagodnym przebiegiem. Również Langenbeck nie może się zgodzić z Volkmannem w kwestyi wczesnego wycięcia zwłaszcza obu jąder u osób młodych, gdyż leczenie innego rodzaju prowadzi także często do usunięcia gruźlicy w tym narządzie. Jako przykład przytacza przypadek gruźliczego schorzenia przyjądrza u dziecka, które zupełnie wyzdrowiało pod wpływem leczenia przeciwzołzowego. Podobnych przykładów mógłby L. dosyć wiele wyliczyć. Rokowanie jest dopiero dla osób starszych mniéj pomyślne. W tym razie radzi L. przystąpić do wyłuszczenia jądra gruźliczego, jakkolwiek nie tai, że operacyja nie zawsze chroni od późniejszego pojawienia się gruźlicy i to nietylko w pozostałém jądrze, lecz także w innych narządach szczególnie w płucach. U dzieci i osób młodych nie należy nigdy, zdaniem Langenbecka, wycinać gruźliczych jąder, lecz zastosować środki przeciwzołzowe: tran rybi, kąpiele morskie itp. W odpowiedzi nadmienia Volkmann, że dotychczas operował tylko cięższe przypadki u osób starszych a nigdy u dzieci. Schede uważa za rzecz najodpowiedniejszą wyciąć jądro zajęte wybitną gruźlicą, a dla zoryjentowania się co do ciężkości schorzenia radzi porozcinać najdosadniéj wszystkie fistuły i dokładnie obejrzeć jądro. Jeżeli gruźlica nie jest wysokiego stopnia, wystarcza wyłyżeczkowanie schorzałych części. Güterbock nie może ściśle odróżnić gruźlicy jądra od gruźlicy pęcherza, nerek itd., mówiąc, że nigdy nie widział oddzielnego schorzenia jądra. Przeciwko temu zapatrywaniu występuje Volkmann uwydatniając, że oddzielne gruźlicze schorzenie jądra przydarza się dosyć często, za czém również przemawia ta okoliczność, że w wielu przypadkach po wycięciu schorzałego jądra nie pojawiła się więcéj gruźlica.

Dalszą dyskusyję nad tym w ogólności bardzo ważnym przedmiotem odroczono do przyszłego Zjazdu chirurgów. (*Deutsche Med. Ztg.*, 1885, Nr. 30 i 31). *Dr. Prus.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 5—11 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 33,5. Z płonicy umarło 2 (0 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t); z zapalenia płuc 11 (12 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry, 2 płonicy, 2 krztuśca, 2 duru brzusznego, 1 zapalenia opon mózgordzeniowych. W tygodniu od 29 marca do 4go kwietnia umarło z ospy w Londynie 26. Leczyło się w szpitalach 969, świeżo zapadło 166. Po 1 umarło z ospy w Pradze, Birminghamie, Wenecyi i Aleksandryi; po 2 w Warszawie, Paryżu, Liwerpolu, Manchester; po 3 w Petersburgu i Madrasie; w Rzymie 4, Odesie 7, w Wiedniu 19. Odra bardziéj się rozszerzyła w Stokholmie i Paryżu. Z cholery umarło w Kalkucie (od 8—14 lutego) 51, w Bombayu (od 25 lutego do 3 marca) 33, w Madrasie (od 21—27 lutego) 12.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 29 marca do 4 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 46,1; w Warszawie 28,6; w Wiedniu 32,7; w Pradze 33,8; w Berlinie 21,1; w Hamburgu 25,4; w Gdańsku 31,8; w Wrocławiu 26,4; w Mnichowie 32,0; w Dreźnie 24,2; w Lipsku 24,0; w Bazylei 29,5; w Brukseli 26,0; w Amsterdamie 27,1; w Hadze 28,6; w Paryżu 26,7; w Londynie 21,7; w Kopenhadze 17,6; w Stokholmie 42,1; w Chrystyjanii 19,9; w Petersburgu 34,4; w Odesie 34,5; w Rzymie 29,0; w Wenecyi 31,4; w Bukareszcie 34,8; w Aleksandryi 31,7; w Nowym Yorku 29,8; w Filadelfii 25,9; w Bombayu 29,6; w Madrasie 41,2. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 117.258 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W XII tygodniu od 15—21 marca r. b. zmarło osób 111, co odpowiada na rok i 1000 mieszk. 49·2. W tym czasie zmarło 10 osób z ospy, 3 z płonicy.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 kwietnia. W drugiéj połowie miesiąca września rb. rozpocznie prof. Browicz kurs specyjalny bakteryjologiczny dla lekarzy, 3—4 tygodni trwać mający. Pospieszamy z tém doniesieniem, pożądaném dla tych kolegów na prowincyi, którzy już od dawna wyrazili życzenie, aby im daną była sposobność poznania téj nowéj gałęzi nauk lekarskich.

* Rząd grecki przedłożył parlamentowi projekt do ustawy, mającéj na celu upoważnienie państwa do zajmowania się sprzedażą soli chininowych. W uzasadnieniu tego wniosku powiedziano, że ciągłe nawroty zimnicy, trapiącéj ludność, są wynikiem fałszowania środka swoistego; aby więc złemu zapobiedz państwo zamierza sprowadzać go z najlepszych fabryk i sprzedawać bez zysku.

* **Warszawa**. Wkrótce ma tu zacząć wychodzić miesięcznik higijeniczny „Zdrowie“, na wydawnictwo którego otrzymano już koncesyję rządową. Pismo to ma mieć kierunek praktyczny czyli dążyć do podniesienia poziomu zdrowotności w kraju. Prócz prac oryginalnych zawierać będzie artykuły wstępne i wyciągi z pism, korespondencyje, drobniejsze wiadomości z higijeny, epidemijologii, statystyki itd. Prace pomieszczone mają być przystępne dla inteligentnego ogółu, lubo artykuły ściśle naukowe bynajmniéj nie będą wykluczone.

* **Praga czeska**. Na dzisiejszém posiedzeniu Spolku lekařův českých okazał docent Czarda u chorego z swéj kliniki kaszak za uchem zajmujący częściowo i tylną powierzchnię małżowiny usznéj i mówił o rozpoznawaniu guzów w téj okolicy. Następnie prof. Maixner miał wykład o *urticaria factitia*, przedstawił historyję i literaturę téj choroby i referował o wybitniejszych przypadkach z literatury *(femine typographique* Dujardin-Beaumetza), oraz o swoich przypadkach. Po wykładzie demonstrował 2 swoich chorych, którzy cierpią na *urticaria factitia*, 30-letnią kobietę i 32-letniego mężczyznę. Oba przypadki były bardzo pouczające, plamy na skórze potartéj ołówkiem wysterczały nad powierzchnię skóry prawie na pół centymetra.

Dr. Obrzut.

* **Wiedeń**. Starszy lekarz sztabowy Dr. Podrazky mianowany został jeneralnym lekarzem sztabowym.

Prof. Hyrtl znów darował sumę 40.000 zła. na stypendyja dla uczniów medycyny.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Getynga**. Prof. Litzmann z powodu wieku zamierza z końcem półrocza letniego ustąpić z katedry położnictwa. — **Praga czeska**. Ustępujący z katedry swojéj prof. Halla otrzymał order korony żelaznéj 3éj klasy.— **Berlin**. Koch mianowany został zwyczajnym profesorem higijeny i tajnym radzcą lekarskim. Na katedrę opróżnioną po śmierci Frerichsa Wydział lek. przedstawić ma trzech kandydatów w następującéj kolei: Kussmaula, Gerhardta i Nothnagla. Ponieważ pierwszy już raz odmówił przeniesienia się do Berlina, zapewne więc utrzyma się Gerhardt. — **Lozanna**. Docent ginekologii w Genewie Dr. Loewenthal mianowany został profesorem tegoż przedmiotu w tutejszéj Akademii lekarskiéj.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktora w. n. lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Antoni Wachtel, rodem z Szczybra w Czechach, asystent przy katedrze farmakologii.

* **Nekrologija**. W Turynie umarł docent psychijatryi Dr. Gabryjel Buccola, licząc zaledwie lat 30, jeden z najzdolniejszych młodszych psychijatrów włoskich, który rokował najpiękniejsze nadzieje, jak tego dowodzi ostatnia jego praca o oddziaływaniu elektryczném nerwu słuchowego u obłąkanych, zamieszczona w ostatnim zeszycie *Rivista sperim. di med. leg.* Równocześnie umarł w Neapolu nestor tamecznych psychijatrów Miraglia.

W Samborze umarł tameczny lekarz powiatowy Dr. Tymaczkowski.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 17: Gałęzowskiego: O operacyi zaćmy i opatrunku przeciwgnilnym; Obalińskiego: Szkice hernijologiczne (c. d.); Blumenstoka: Zbrodnia czy obłąkanie (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 17: Orłowskiego: Rak nerki, wycięcie nerki; Jaworskiego: Studyja kliniczne nad wpływem wody karlsbadzkiéj na przewód pokarmowy (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Rivista sperimentale di medicina legale, Anno XI, fasc. I, Reggio-Emilia 1885.

Dra MAJKOWSKIEGO: Sprawozdanie z zakładu w Busku za rok 1884, Warszawa 1885. (Odbitka z „Medycyny“) in 8żo str. 8.

Prof. WRÓBLEWSKI: Comment l'air a été liquéfié. Reponse à l'article de M. Jamin. Paris 1885, in 8vo str. 30.

Dr. SZCZEPAŃSKI: Przewodnik do Żegiestowa. Kraków 1865, in 8vo str. 62.

ANJEL: Experimentelles zur Pathologie u. Therapie der cerebralen Neurasthenie. (Odbitka z „Archiv. f. Psych.“) in 8vo str. 15.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 6 maja o godz. 6éj w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwykłe, na którém 1) kol. Bossowski odczyta rzecz o metodach badania i hodowli bakteryj, i o związku tychże z chorobami zakaźnemi, poczém 2) kol. Prus przedstawi komórki zwojowe wykryte przez siebie w skórze.

Na fundusz portretu śp. prof. Kozubowskiego złożyli: Dr. Biesiadecki z Jasła 2 złr., Dr. Dębicki Klemens ze Lwowa 2 złr., Dr. Florkiewicz z Warszawy (6 rs.=) 7 złr. 26 kr., Dr. Gawełkiewicz ze Starego Sącza 2 złr., Dr. Kołączkowski z Nowego Sącza 5 złr., Dr. Pietrzycki z Kossowa 5 złr., Dr. Wurst z Cieszanowa 2 złr.;—co razem z poprzednio złożonemi czyni kwotę 187 złr. 24 kr.

Do Nru dzisiejszego dołącza się dla prenumeratorów w Cesarstwie austryjackiém broszura Meran i Arco jako lecznicze stacyje klimatyczne przez Dra Jaroszyńskiego;—dla prenumeratorów zaś zagranicznych Wiadomość o Cieplicach Trenczyńskich.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 9 maja 1885. № 19. Rok XXIV.

I. Z zakładu farmakologicznego w Dorpacie.

O farmakologii żelaza.

Wykład docenta i zastępcy profesora
Dra Walerego Podwysockiego.

§. 1. Panowie! Środki lekarskie podzielić możemy na trzy główne grupy:

1) Na środki należące do składników naszego organizmu,

2) Na środki nienależące do składników naszego organizmu, i

3) Na środki, przedstawiające połączenie niektórych reprezentantów dwóch pierwszych grup w ten sposób, że mają działać obopólnie, np. wody mineralne, kumys, kefir itd.

W I grupie środków lekarskich według mojéj klasyfikacyi ważne miejsce zajmuje żelazo zarówno ze względu na swą wielką rolę fizyjologiczną, jak i z powodu zapatrywania, które niektórzy od pewnego czasu szerzą co do jego znaczenia lekarskiego.

Przed 25 laty znakomity profesor chemii fizyjologicznéj Lehmann wypowiedział zdanie, że żelazo w ekonomii zwierzęcéj niepojętą odgrywa rolę. W nowszych czasach nie mówią o niém fizyjologowie nic więcéj, jak tylko że jest niezbędném dla tworzenia się hemoglobiny, tak ważnéj pod względem przyjmowania tlenu. Bardzo mało wiadomo o rezorbcyi żelaza, a twierdzą że ona śród tych samych warunków ma miejsce w kanale pokarmowym, jak rezorbcyja soli wapniowych. Wyraża się tak mnichowski profesor Voit w r. 1881, przez co sądzi, że rezorbcyja żelaza, zarówno jak i wapna nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnioną i że tyle tylko jest pewném, iż ono w bardzo niewielkiej ilości przechodzi do soków, chociaż go się wiele w pokarmie przyjmuje na cele organizmu. — Ilość żelaza w organizmie dorosłego ocenia się na $3,077 = 49\frac{1}{4}$ gram. Z codziennym jednak naszym pokarmem przyjmujemy go średnio już od 6—9 ctgrm., co w ciągu mniéj więcéj miesiąca wynosi więcéj aniżeli 3,077. Niemowlę przyjmuje z mlekiem nadmiernie wielką ilość żelaza w stosunku do swych potrzeb, a mianowicie w 1,000 gram. mleka 0,0033 żelaza, co odpowiada $\frac{1}{20}$ grama; z ilości téj zużywa zaledwie połowę na wytworzenie się hemoglobiny.

§. 2. Tym sposobem lekarskie użycie żelaza na podstawach mojej klasyfikacyi może być koniecznêm tylko wtedy: *a)* gdy w pokarmie ludzkim mniej znajduje się żelaza, aniżeli koniecznêm jest dla potrzeb człowieka, albo też gdy mniéj żelaza, niż potrzeba, ulegnie z pokarmem rezorbcyi i asymilacyi. Nie może to mieć miejsca bez utraty apetytu i takiéj choroby jak chloroza; *b)* gdy organizm ludzki znajdzie się w takich okolicznościach, że ilość wydzielanego żelaza przenosi ilość przyjmowanego. Wypadki tego rodzaju spostrzegano śród karmienia zwierząt pokarmami ubogiemi w żelazo. To samo może mieć miejsce i u człowieka, jeżeli się go np. karmi tylko kartoflami. Stwierdzoném zostało, że pies w podobnych pokarmach otrzymał żelaza 0,0014, oddał jednak z kałem 0,0033; zatém oddał z ciała: 0,0017; *c)* gdy znane nam są jakiekolwiek lekarskie własności żelaza. Właśnie owe własności zostały mu przyznane przez większość farmakologów, lekarzy i fizyjologów w tym sensie, jak Panom zaraz pokrótce wyłożę. Działa ono mianowicie na powstrzymanie, zniweczenie zjawisk w organizmie, które w pewnych chorobowych stanach nie dozwalają organizmowi używać żelaza z pokarmów na potrzeby fizyjologiczne, jednak dopóki zjawiska te nie ustępują, istotnie lekarskie preparaty swojém własném żelazem utrzymują i uzupełniają żelazo pokarmów.

Zwróćcie Panowie uwagę na wyrażenie istotnie lekarskie preparaty żelaza, gdyż nie wszystkie preparaty żelaza mogą służyć potrzebom fizyjologicznym organizmu. Zwróćcie także uwagę i na to, że preparaty żelaza zastępować będą żelazo pokarmów tylko dopóty, póki wyżéj wymienione zjawiska nie zostaną usunięte, a to dla tego, że

organizm, osłabiony przez bladaczkę, nie może zamienić na hemoglobinę tak stałych połączeń organicznych żelaza, jak te, które pokarmy zawierają. Nadto organizmowi w podobnym stanie znacznie jest łatwiej pokonać mniéj trwałe połączenia żelaza z białkiem, które powstają w przewodzie pokarmowym.

Powiedziałem „większość“ dla tego, że od pewnego czasu mniejszość jest innego zdania. Do mniejszości téj należą: od 1871 we Francyi Luton *(Etudes des therapeutiques)*, który sądzi, że nie żelazo, lecz kwas solny preparatów żelaza działa uzdrawiająco w tych chorobach, w których się żelaza z pomyślnym skutkiem używa; w Niemczech od 1876, w skutek doświadczeń Hamburgera na psach, niektórzy farmakologowie i lekarze, a szczególniej Harnack i Jan Meyer. Mniejszość ta, pojmując jednostronnie Hamburgera, jest zdania, że żelazo dla wytwarzania się hemoglobiny może być tylko rezorbowane z pokarmów. Przekonanie to zyskało w ostatnich czasach pewien punkt oparcia dzięki doświadczeniom na zwierzętach kilku eksperymentatorów, którzy usiłują wykazać, że żelazo jest trucizną, jak arszenik i nie zatruwa pacyjentów tylko dla tego, że nie ulega wessaniu. Do eksperymentatorów tych należy znów głównie Jan Meyer (*Arch. f. exp. Path. u. Pharmacol.*), który psom wprost do krwi w nazbyt wielkich dawkach wprowadzał winian żelaza. Harnack (Podręcznik Farmakologii Buchheima, dopełniony przez niego) powątpiewa, ażeby żelazo mogło być rezorbowane przez żołądek i kiszki, ale nie zaprzecza skuteczności żelaza w bladaczce, uchyla się zaś z drugiej strony od wyjaśnienia, jak żelazo może działać, nie będąc zrezorbowane, sądząc, iż wszystkiemu uczyni zadosyć, jeżeli dla prawdziwéj rezorbcyi wprowadzi żelazo w lawatywach do odbytnicy; ponieważ jednak nie wszystkie preparaty nadają się po temu, wybiera więc w tym celu winian żelaza.

Nothnagel, Rossbach, Binz i wielu francuskich i angielskich lekarzów pozostaje przy dawném przekonaniu co do pożytku żelaza w tych chorobach, gdzie je ze skutkiem stosowano. Schmiedeberg w swojej Farmakologii z 1883 r. nie zaprzecza znaczenia żelaza w chlorozie, jako środka, służącego do wytwarzania hemoglobiny, jednakże wobec ograniczonéj rezorbcyi żelaza (na podstawie doświadczeń Hamburgera) z preparatów tegoż wypowiada zdanie pod wpływem prac uczniów swoich Harnacka i Jana Meyera, że brak dotychczas doświadczalnych dowodów, jakoby preparaty żelaza miały sprzyjać wytwarzaniu się ciałek krwi czerwonych.

Ze zdań wreszcie lekarzy nie będzie dla Was obojętne zdanie znakomitego Niemeyera, który twierdzi, że pomyślne skutki leczenia bladaczki zawdzięcza jedynie żelazu, przyczém nie liczy bynajmniéj na wyłączną skuteczność kwasu solnego. Ze względu na to, iż niektórzy jedynie w dobrém a posilném pożywieniu widzą możność wyleczenia bladaczki, nadmienię ze swéj strony, że nie należy zapominać, iż cierpiących na bladaczkę spotyka się przeważnie w rodzinach zamożnych, a więc posiadających jeden z najgłówniejszych warunków dobrego odżywiania. Zresztą soki przeznaczone do trawienia wystarczają u takich chorych w zupełności do podtrzymania życia: nie chudną oni nawet, a mimo to widoczny jest u nich brak hemoglobiny, przyczém na uwagę zasługuje, iż krew ich nie jest nawet w stanie zatrzymać w sobie dostatecznych ilości tego połączenia; żelazo pokarmów nie służy u nich wcale do wytwarzania się hemoglobiny. Niemeyer twierdzi, że przy silnym rozwoju téj choroby istnieje usposobienie do wrzodu dziurawiącego żołądka i dla tego zapewne nie liczy zawiele u podobnych chorych na skuteczność kwasu solnego.

§. 3. Najważniejsze miejsce w farmakologii żelaza zajmuje teraz, jak widzicie Panowie, pytanie z jednéj strony co co rezorbcyi żelaza z preparatów tegoż, z drugiéj — co do rezorbcyi żelaza z pokarmów.

Rozpocznę wprzód od drugiéj części tego pytania.

Ze stanowiska chemii fizyjologicznéj wystąpił w ostatnich czasach Bunge, (*Zeit. f. phys. Chem.*)[1] przyjmując za fakt zdanie wyż wymienionych eksperymentatorów, którzy twierdzą, że żelazo preparatów nie ulega wessaniu,a w razie, gdyby uległo, działałoby jako trucizna. Ze swéj strony podał naprzód do rozstrzygnięcia pytanie: W jakiéj formie śród normalnych warunków żelazo ulega wessaniu i z czego tworzy się hemoglobina. Zwracając się do rozstrzygnięcia tych pytań, wziął pod uwagę na podstawie własnych badań naprzód, że nasze pokarmy roślinne zawierają żelazo w ilości zaledwie możliwéj do oznaczenia, daléj — że żelazo znajduje się w nich tylko w postaci skomplikowanych związków organicznych, które wytwarzają się przez proces życia rośliny, wreszcie — że tylko w téj formie ulega żelazo wessaniu, że tylko z tych połączeń może się tworzyć hemoglobina. Widać już z tego, że Bunge należy do obozu tych, którzy zaprzeczają jakiegokolwiekbądź udziału żelaza środków lekarskich w wytwarzaniu się hemoglobiny. W żółtkach jaj kurzych znalazł Bunge żelazo w postaci osobnego związku organicznego, któremu dał nazwę hematogenu, nadto przypuszcza, że i w mleku mieści się zapewne podobny związek, którego jednak dotąd jeszcze nie otrzymał.

Nie zapomnijcie Panowie, że odpowiedź Bungego jest tylko odpowiedzią na kwestyję rezorbcyi żelaza z pokarmów roślinnych śród normalnych warunków i że zwierzęta nie karmią się żółtkami, a tylko roślinami albo też mięsem lub mlekiem. Tym sposobem organiczny związek żelaza w żółtkach jaj kurzych jest tylko „hematogenem“ dla kurzych zarodków aż do czasu ich wykłucia się.

Ponieważ Bunge nie zaprzecza faktu, że żelazo z pewnością skuteczném jest w bladaczce, z drugiéj jednak strony popiera zdanie, że żelazo nie bywa rezorbowane z preparatów, a jeżeli bywa, staje się trucizną, z konieczności więc czyni jeszcze następujące pytanie: „Jak z poglądami powyższemi daje się pogodzić fakt; że związki nieorganiczne żelaza przyspieszają u chlorotycznych tworzenie się hemoglobiny?“ W odpowiedzi zwraca uwagę, że *a*) przy leczeniu bladaczki używają lekarze zawsze większych dawek żelaza, *b*) że wskazują w bladaczce na zaburzenia w trawieniu, na stany nieżytowe przewodu pokarmowego, *c*) że przy podobnym stanie organów trawienia muszą się u nich łatwo rozkładać organiczne związki żelaza, przyczém odszczepia się tlenek żelaza z powstaniem siarczku tegoż, w skutek czego żelazo pokarmów straconém zostaje dla wytwarzania się hemoglobiny. Po rozważeniu tych okoliczności odpowiada Bunge na swe pytanie następującą hipotezą: nieorganiczne sole żelaza chronią w jakikolwiek bądź sposób od wspomnianego rozkładania się organiczne związki żelaza w mleku, jajach i roślinach. Prawdopodobnie, zdaniem jego, odbywa się to na podstawie prawa Bertholeta przez działanie mas żelaza z wielkich dawek lekarskich, któreto dawki w żadnym nie pozostają stosunku do niewielkich ilości żelaza, jakich wymaga organizm dla tworzenia się hemoglobiny.

Najważniejszą rzeczą dla Panów, jako przyszłych prak-

[1] P. sprawozdanie w Przeglądzie Lek. 1885, Nr. 15.

tyków-lekarzy, jest okoliczność, że i ci, którzy zaprzeczają przechodzenia żelaza z preparatów do organizmu dla tworzenia się hemoglobiny, nie zaprzeczają jednak skuteczności preparatów żelaza w chorobie, przeciw któréj preparatów tych używa się jako środka zaradczego; każdy stara się tylko wyjaśnić na swój sposób, jak żelazo może się stać pożytecznêm, nawet bez rezorbcyi jego preparatów.

W têmto właśnie wyrażeniu „brak rezorbcyi“ szukać należy najgłówniejszego powodu do wielu nieporozumień; przechodzę zatêm do pierwszéj części pytania Bungego o rezorbcyi.

Znane już są Panom poglądy Bungego co do rezorbcyi żelaza z pokarmów, znaném jest już także, co w poglądach tych jest dowiedzioném, a co niedowiedzioném; nie czynił on jednak żadnych badań co do rezorbcyi żelaza z preparatów i wierzy na słowo innym, że żelazo z preparatów lekarskich nie spożytkowuje się w celach fizyjologicznych organizmu. Na czém jednak opierają się te poglądy? Odpowiem zaraz: Głównie na wspomnianych pracach Hamburgera (*Zeit. f. phys. Chem.* 1378, 1880). Hamburger mówi: „Zdaje mi się, że dotąd ostatecznie nie została rozstrzygniętą kwestyja, czy część sztucznie wprowadzonych do kanału pokarmowego soli żelaza bywa przez organizm przyjętą.“ W słowach tych pragnął wyrazić, że sole żelaza nie rezorbują się na fizyjologiczne potrzeby organizmu w téj postaci, w jakiéj zostają wprowadzane do przewodu pokarmowego, nie zwracając jednak uwagi na różnicę pomiędzy rezorbcyją i asymilacyją, zapomniał bowiem powiedzieć, że dla potrzeb fizyjologicznych niezbędném jest, ażeby środek nie tylko został zrezorbowany, ale i zasymilowany. Rezultaty jego badań przemawiają w saméj rzeczy za têm, że preparaty lekarskie żelaza, niebędąc zrezorbowane w téj formie, w jakiéj zostają wprowadzone do przewodu pokarmowego, mogą jednak częściowo uledz wessaniu. Jestto widoczne z tego co następuje.

Opierając się na własnych badaniach, mówi Hamburger: „Jako niewątpliwy rezultat okazuje się, że po wprowadzeniu siarczanu tlenku żelaza (*Ferrum sulfuricum oxydulatum*) do kanału pokarmowego psów pojawia się mała część żelaza w moczu, więcéj aniżeli bez sztucznego dodawania téjże saméj soli do pokarmów.“ Do tego dodaje: „Godném jest przytém szczególnéj uwagi, że powiększona ilość żelaza w moczu nie daje się odkryć za pomocą siarczku amonu (*Ammonium sulfuratum*)“. Tym sposobem powiada, że i ta część żelaza, o którą więcéj pojawiało się go w moczu pozostaje także w osobnym związku organicznym.

W obec tych jego spostrzeżeń zapytuję: Gdzież powstało to organiczne połączenie żelaza? Oto odpowiedź moja: Bezwarunkowo w organizmie zwierzęcia i za pomocą asymilacyi żelaza z soli jego w jakiéjkolwiekbądź części organizmu, chociażby sól wprowadzona do organizmu nie była zrezorbowaną w téj postaci, w jakiéj została wprowadzoną do żołądka, ponieważ w przeciwnym razie żadna jéj część nie mogłaby istnieć jako samodzielny związek organiczny w moczu.

Zobaczmy daléj, co się jeszcze więcéj mieści we wspomnianéj pracy Hamburgera.

Spostrzeżenie naprzód, że wydzielanie się żelaza sztucznie wprowadzonego do kanału pokarmowego jest pod wszelkiemi względami daleko mniejsze za pośrednictwem moczu, daleko jednak większe przez kał, powtóre, że przy karmieniu zwierząt 500 grm. mięsa bez dodania preparatów żelaza nie wydziela się więcéj żelaza w moczu, aniżeli przy karmieniu 300 grm. Czyż nie przemawia to za têm, że w ogóle trudno wydziela się żelazo przez mocz? Wreszcie widzimy jeszcze z pracy Hamburgera, że po sztucznêm dodaniu żelaza do pokarmu zwierzęcia kał oddany podczas karmienia żelazem zawiera zaraz w pierwszych dniach znaczne ilości żelaza; lecz jeżeli przestaje się karmić preparatami żelaza, zmniejsza się ilość żelaza w kale znów dosyć prędko; w moczu jednak nie pojawia się zaraz w pierwszych dniach zwiększenie ilości żelaza, trwa wszakże po zaprzestaniu karmienia żelazem jeszcze dni kilka; czyż nie dowodzi to, że na zasymilowaném żelazie ciążyły przez czas jakiś obowiązki w organizmie? Równolegle z temi wynikami pracy Hamburgera zapytuję znów:

a) Co zawsze wiadomém było o wydzielaniu się żelaza śród przejścia jego do organizmu wprost z pokarmu?

b) Co znanêm jest o wydzielaniu się żelaza u głodzonych zwierząt, bez lekarskiego stósowania tegoż?

c) Co dawniéj już było znaném o przejściu żelaza z preparatów do moczu?

Odpowiadam:

a) Nie zawsze ulega żelazo z pokarmów asymilacyi. Część jego przechodzi bez rezorbcyi do kału i u niemowląt.

b) I przy zwykłym pokarmie przechodzi żelazo tylko w wielkiéj ilości do moczu.

c) I u głodzonych zwierząt wydziela się zawsze przez kał więcéj żelaza, aniżeli przez mocz.

d) I przy pokarmie ubogim w żelazo na podstawie wielu doświadczeń bez zadawania preparatów żelaza wydziela się więcéj żelaza z kałem, aniżeli go się mieściło w tymże ubogim w żelazo pokarmie.

e) Z preparatów żelaza przechodzą do moczu jako takie, nie ulegając przejściu w związki organiczne, tylko te, które nie są przydatne na potrzeby fizyjologiczne organizmu.

Widzicie więc Panowie, że prace Hamburgera, na których opierają się przeciwnicy lekarskiego znaczenia żelaza, służą przeciwnie jako punkt oparcia dla tych, którzy są przekonania, iż żelazo preparatów może służyć na fizyjologiczne potrzeby organizmu w pewnych chorobach; i musi to także zaspokoić Panów na przyszłość śród stósowania żelaza u chorych. (C. d. n.)

II. O tak zwanéj „padaczce“ Jacksona.

Podał Prof. Adamkiewicz.
(Dokończenie. Patrz Nr. 18).

Jeżeli zaś ośrodki dla kurczów Jacksonowskich i ośrodki dowolnych ruchów znajdują się w przodkowych częściach półkul mózgowych, a mianowicie pod korą, jeżeli mięśnie, które w padaczce Jacksona są czynne i które przy prawidłowych ruchach się kurczą, leżą po przeciwnéj stronie ciała — i jeżeli wreszcie napady kurczowe wywołane przez ucisk jednéj półkuli mózgu zajmują te same mięśnie (i w tym samym porządku), które ulegają porażeniu, skoro ucisk, wywołujący kurcze, spotęguje się, — wtedy wynika ztąd z największą pewnością, że ośrodki dla ruchu i ośrodki dla kurczów Jacksona są jedne i te same. Jeżeli jednak ruch fizyjologiczny i kurcz je-

dnostronny patologiczny wychodzi z identycznych ośrodków, to różnica między temi kurczami może tylko na tém polegać, że albo rodzaj podrażnienia owych ośrodków, albo natura bodźców, wywołujących owo podrażnienie w obu przypadkach, jest różną. Aby w tym względzie coś pewnego orzec, musimy sobie uprzytomnić, jak w stosunkach prawidłowych zostają pobudzone mięśnie ciała i czy podobne prawidła nie dadzą się wynaleźć dla powstania jednostronnych kurczów.

Przy fizyjologicznéj czynności mięśni ciała wchodzą w rachubę trzy różne stany podrażnienia i również trzy kategoryje bodźców. Czynność mięśniowa jest wynikiem albo aktu ośrodkowego psychicznego, którego źródłem jest wyobrażenie, a wynikiem ruch dowolny. Albo téż czynność mięśniowa jest następstwem szybko przemijającego, nieświadomego podrażnienia, które zostaje wywołaném przez bodziec obwodowy, a kończy się o d r u c h e m. Lub téż wreszcie czynność mięśniowa jest podtrzymywaną przez bodźce bezprzestannie w krwi się wytwarzające, a tę kategoryję ciągłéj czynności mięśni nazywamy ruchami a u t o m a t y c z n e m i.

Czy mogą podobne bodźce wywołać także patologiczną czynność mięśni, cechującą się kurczami jednostronnemi?

1. O ś r o d k o w e p o d r a ż n i e n i e. Że wyobrażenie u zdrowego człowieka nie może wywołać jednostronnego kurczu, jest już z góry rzeczą jasną. Lecz jakkolwiek fakt ten zdaje się być tak łatwo zrozumiałym, nie będzie jednak obojętną rzeczą dla poznania przyrody kurczów, jeżeli postaramy się wyszukać dla tego faktu wyrazu fizyjologicznego.

Widzieliśmy przedtém, że ośrodki mózgowe dla ruchów, które zostają pobudzone siłą woli, leżą pod korą, a nie w korze. Komórka zwojowa nie może być równocześnie ruchową i czuciową. Dla tegoto psychiczna pobudka ruchu powstawać musi na innem miejscu, a nie w warstwie podkorowéj, w któréj się mieszczą tylko komórki ruchowe. Że miejscem tém jest kora mózgowa, można łatwo udowodnić na podstawie spostrzeżeń patologicznych, jak nie mniéj na podstawie doświadczeń wykonanych na zwierzętach.

Wszystkie sprawy chorobowe zajmujące przodkowe części kory mózgowéj łączą się z zaburzeniami, dotyczącemi władzy psychicznéj i siły woli. Ogólne porażenie postępowe daje nam znany przykład ogólnego osłabienia władz psychicznych. A jak traci wola swą siłę i wpływ na narząd, którego cały mechanizm jest zupełnie zdrowy, jeżeli tylko względnie mały obszar kory mózgowéj zniszczonym zostaje, tego uczy najdobitniéj afazyja.

Również dostarczyć można doświadczalnego dowodu, że w przodkowych częściach kory tworzą się tylko p o b u d k i dla ruchów, a nie same ruchy.

Jeżeli zniszczę korę mózgową królika, to zwierzę, skoro tylko po ciężkiéj operacyi przyjdzie do siebie, włada zaraz dobrze wszystkiemi swemi mięśniami. Kora więc królika nie może mieścić w sobie narządów ruchowych. Jeżeli atoli operuje się w podobny sposób psa, to pozostają, wprawdzie jak to M u n k wykazał, zaburzenia w czynności niektórych mięśni, lecz zboczenia te wskazują tylko to, że zwierzę operowane nie doznało wcale porażenia, lecz utraciło tylko zdolność należytego ocenienia swéj siły mięśniowéj i należyte wyobrażenie o położeniu swych członków. Z tego wynika, że i u p s a nie zależy wykonywanie grubszych ruchów od kory mózgowéj, i że kora panuje tylko nad siłą ruchów i ocenia ją, to znaczy, że działa sensorycznie.

Jeżeli dodam dla uzupełnienia, że zranienia kory mózgowéj u człowieka wywołują istotne porażenie, to łatwo wynajdziemy prawo, któremu podlega znaczenie kory mózgowéj dla ruchów. K o r a m a t é m w i ę k s z e z n a c z e n i e d l a c z y n n o ś c i m i ę ś n i o w é j, i m w i ę c é j r o z w i n i ę t e j e s t s t w o r z e n i e. Jeżeli czynność mięśniowa, zaciągając się pod panowanie ducha, staje się wynikiem jego rozwoju w tym stosunku, jak zamienia się prymitywny i nieświadomy odruch w czynność, kierowaną świadomością i udoskonaloną ćwiczeniem — i jeżeli człowiek traci zdolność wykonywania ruchów, skoro jego kora mózgowa ulegnie schorzeniu, gdy tymczasem królik mimo zniszczenia kory mózgowéj dobrze włada swemi mięśniami, wtedy musimy wysnuć wniosek, że kora jest obszarem, w którym tkwi tylko wpływ ducha na ruchy, czyli innemi słowy, że kora jest siedzibą inteligencyi. M u n k nazywa korę mózgową, mającą wpływ na ruchy, sferą dla wyobrażeń o ruchach (*Fühlsphäre*), z któréj wychodzą tylko psychiczne pobudki dla ruchów, wola i wyobrażenie o jakości ruchu.

Jeżeli więc wola i wyobrażenie panują nad prawidłową czynnością mięśni, czynnością załatwianą przez ducha, a nie nad kurczami, to musimy określić kurcze, ze względu na przytoczone wywody, jako podrażnienie ośrodków podkorowych, niezostające w żadnym związku z korą.

Konieczną było wreszcie rzeczą określić czysty mózgowy kurcz według zasad fizyjologii i na podstawie najnowszych zdobyczy na polu patologii doświadczalnéj, a to nietylko z tego względu, że to określenie daje nam dopiero dokładne pojęcie o ważnym objawie, jakim jest kurcz, lecz także dla tego, że wyświeca, jak mylném jest panujące zdanie, że padaczka J a c k s o n a, tak jak w ogólności padaczka, polega na schorzeniu kory mózgowéj.

Jeżeli kurcz jednostronny nie zostaje w żadnym związku z k o r ą, to musi być wywołanym tam, gdzie występuje z przyczyn m ó z g o w y c h, innemi bodźcami, aniżeli temi, które tylko w korze powstać mogą, to znaczy psychicznemi. Jakiemi zaś są te bodźce, działające wprost na mózg a wywołujące kurcze jednostronne, to przyrodę ich już bliżéj określiłem. Są niemi działania mechaniczne. Widzieliśmy mianowicie, że działa w ten sposób ucisk, a w szczególności ta siła ucisku, którą powyżéj określiłem jako ucisk stopnia drugiego. Według spostrzeżeń dotychczasowych zdaje się być ów ucisk jedynym bodźcem, drażniącym ośrodki podkorowe i wywołującym jednostronne kurcze. Przynajmniéj bodźce chemiczne i termiczne nie są odpowiednie do wywołania kurczów jednostronnych, sprowadzają atoli natomiast objawy, które przedtém mylnie uważano za skutki hydrostatycznego ucisku mózgu, który w rzeczywistości wcale nie istnieje.

2. O d r u c h o w e p o d r a ż n i e n i a. Drugim stanem podrażnienia pobudzającym mięśnie ciała w fizyjologicznych stosunach do kurczów jest podrażnienie odruchowe.

Czy mogą mięśnie jednéj połowy ciała być podrażnione przez bodziec obwodowy, a więc odruchowo, tak, że popadają w kurcze jednostronne?

Doświadczalną drogą nie można było tego pytania rozstrzygnąć, gdyż przez obwodowe drażnienie nie podobna wywołać jednostronnych kurczów z charakterem padaczki J a c k s o n a.

Jako starszy lekarz oddziału chorób nerwowych w Charité w Berlinie mogłem jednak obserwować odruchowe pochodzenie padaczki J a c k s o n a u chorego, którego historyję cierpienia przytoczę tu z powodu rzadkości i ważności ze stanowiska patologicznego. Chory ten był mężczyzną, lat 32 liczącym, dobrze zbudowanym i dobrze odżywionym. Użalał

się na właściwe napady, które według mego własnego spostrzeżenia odbywały się w następujący sposób. Bez widocznéj przyczyny wyprostowywały się wszystkie palce ręki prawéj, a ręka sama zgięła się w stawie nadgarstkowym w stronę grzbietową ręki. Następnie przeszła ręka z nadzwyczajną gwałtownością w położenie supinacyi i w tém położeniu podrzucaną była przez rytmiczne skurcze mięśnia odkręcającego długiego *(supinator longus)* ku ramieniowi. Wśród kurczów napinały się także mięśnie ramienia, mięsień trójkątny i piersiowy i rzucały ręką w ruchach abdukcyjnych i addukcyjnych ku klatce piersiowéj. Im dłużéj trwał napad, tém silniejszemi i gwałtowniejszemi były ruchy kurczowe. Czasem nowe grupy mięśniowe brały w kurczach udział. Bark podnosił się i opadał. W mięśniach karku i grzbietu występowały również przelotne kurcze. Oddech był przyśpieszony. Twarz chorego czerwieniła się i pokrywała się potem. Sam chory znużony szukał podpory. Opierał się albo o ścianę albo rzucał się na krzesło i teraz starał się lewą ręką opanować rękę chorą. Najczęściéj ustępował napad dopiero wtedy, kiedy udało się choremu uchwycić bark chory i kurczowo roztwarte palce z przemocą zacisnąć w pięść.

Do tych napadów dołączyła się ciągła obawa o pojawienie się nowego napadu. Chore ramię znajdowało się równocześnie trwale w chwiejnéj równowadze. Każda najdrobniejsza okoliczność mogła zwichnąć tę równowagę. Pacyjent wiedział z doświadczenia, że silne zgięcie palców przerywało zawsze napad. Z tego więc względu starał się rękę nosić zawsze w pięść zaciśniętą w kieszeni. Ponieważ jednak ustawiczne zaciśnięcie próżnéj ręki nużyło bardzo chorego, kazał sobie przeto sporządzić krótki walec z drzewa, który trzymał ciągle w choréj ręce. Walec ten był dla pacyjenta prawdziwym talizmanem, który go w przykrém położeniu od niebezpieczeństwa chronił.

O początku i przebiegu swego cierpienia opowiedział chory co następuje. Jako słuchacz medycyny był obecnym raz na towarzyskim wieczorku, na którym pito piwo z zakorkowanych flaszek. Zdarzyło się, że kelner żadną miarą nie mógł odkorkować jednéj butelki. A ponieważ próby przez innych w tym kierunku przedsięwzięte chybiły rownież celu, zdecydował się nasz pacyjent, który pomiędzy swymi towarzyszami cieszył się sławą siłacza, do wydobycia korka. I rzeczywiście powiodło mu się przy użyciu olbrzymiéj siły ocalić swą sławę. W téj saméj jednak chwili kiedy korek wydobytym został z flaszki, doznał nasz bohater uczucia, jak gdyby się coś w obrębie kości nadgarstkowych przerwało. Uczucie to minęło szybko, a ponieważ nie doznawal późniéj żadnego bólu, zapomniano wkrótce o całém zdarzeniu. Atoli mniéj więcéj po 6 tygodniach uderzyło chorego, że w palcach prawéj ręki, która przebyła tak ciężką próbę, pojawiły się właściwe kurcze, wyprężające wszystkie palce. Wprawdzie znikły one na krótki czas, ale wkrótce wystąpiły z taką gwałtownością, że stały się nietylko nieznośnemi dla chorego, ale przeszkadzały mu w jego zajęciach i nie pozwalały pracować. Chory radził się różnych lekarzy. Rozmaite sposoby leczenia okazały się bezskutecznemi i nie zdołały nawet zapobiedz wzmaganiu i potęgowaniu się napadów kurczowych, które przybrały rozmiary właśnie co opisane. Chory musiał najprzód swych zajęć zawodowych zaniedbywać a później zupełnie zaniechać i oddać się tylko leczeniu swego przykrego cierpienia.

Że w tym przypadku mieliśmy do czynienia z postacią padaczki Jacksona, nie ulega najmniejszéj wątpliwości. Kloniczny charakter kurczów, ich występowanie w napadach, zajęcie tyko jednéj połowy ciała i brak jakichkolwiek zaburzeń w świadomości wśród napadu najwymowniéj przemawiają za tém rozpoznaniem. Mimo to różnił się ten przypadek od wszystkich dotychczas znanych tą okolicznością, że przyczyna choroby była w tym przypadku odmienną.

U naszego chorego brak było wszelkiego śladu schorzenia mózgowego. Przyczyna choroby tkwiła w jakiémś naddarciu, jakiego chory doznał przy wyciąganiu korka z butelki. Prawdopodobnie naciągniętym został jakiś nerw, — a w tym razie przyznać musimy, że padaczka Jacksona była przyrody odruchowéj. A gdyby się było powiodło usunąć ognisko drażniące bezprzestannie nerw obwodowy, to można przypuścić, że chory byłby prawdopodobnie uwolnionym od swego cierpienia.

3. Podrażnienie automatyczne. Że jednostronne Jacksonowskie kurcze mogą powstać skutkiem automatycznego podrażnienia, mogę również poprzeć spostrzeżeniem, które uczynić miałem sposobność w Krakowie na kupcu Cz., liczącym 22 lat, małego wzrostu, wątłéj budowy ciała i bladéj cerze twarzy. Od 16go roku życia cierpiał on na kurcze w ramieniu prawém, które zwykły były występować czasem bez widocznéj przyczyny, a zawsze po jakiémkolwiek wzruszeniu psychiczném. Największa część napadów polegała na tém, że ręka zaciskała się mimowolnie w pięść, a przedramie było w gwałtownych kurczach jużto zginane, jużtéż wyprostowywane. Takie napady nie trwały dłużéj niż pół lub całą minutę. Czasem występowały napady z większą gwałtownością, a wtedy kurcz ograniczał się nietylko do ramienia, lecz przechodził także na mięśnie twarzy i głowy. Prawy kąt ust pociąganym był ku uchu, a tyłgłowie nachylane ku prawemu barkowi. Zdarzało się jednak czasem, że kurcz ograniczał się tylko do mięśni twarzy lub karku. Napadom nigdy nie towarzyszyła utrata przytomności, po napadach nie czuł się chory nigdy znużonym lub osłabionym, dla tego téż cierpienie to nie odrywało go od pracy zawodowéj.

Badanie pozwoliło wykluczyć z całą stanowczością wszelkie organiczne schorzenie mózgu lub innego narządu. Wykazać można było tylko pewien stopień niedokrewności i ów hypochondryczny stan znękania, jaki często skutkiem pewnych tajemnych występków napotkać można.

Wobec braku jakiegokolwiekbądź schorzenia ośrodków nerwowych i wobec braku obwodowego bodźca drażniącego, należało w tym przypadku szukać przyczyny choroby w samym ustroju. Najwięcéj prawdopodobném zdawało się przypuszczenie, że przyczyną choroby jest niedokrewność, o wpływie któréj na rozstrojony układ nerwowy nie można było wątpić. Do przypuszczenia tego skłaniała także nadzwyczajna zmienność objawów. W okoliczności, że bromek potasu, procedury hydroterapeutyczne i środki wzmacniające usunęły w zupełności chorobę, tkwił dowód prawdziwości powyższego przypuszczenia. A jeżeli przyczyną napadów nie było żadne zboczenie anatomiczne, lecz tylko zmieniony skład krwi, to mamy dowód, że napady były w tym przypadku przyrody „automatycznéj".

Według tych wyników, otrzymanych na podstawie doświadczeń i spostrzeżeń klinicznych, możemy określić padaczkę Jacksona ze szerszego stanowiska fizyjologicznego. Kurcze Jacksona uważać możemy jako patologiczny stan podrażnienia podkorowych ośrodków ruchowych, jako wyraz pobudzenia, które w zasadzie nie odbywa się na innéj dro-

dze, jak ruchy dowolne, a mianowicie przez bodźce centralne, odruchowe i automatyczne. Pobudzenie w padaczce Jacksona różni się od pobudzenia ruchów fizyjologicznych tylko tém, że bodziec centralny nie jest nigdy bodźcem psychicznym, nie jest więc nigdy bodźcem, mającym swą siedzibę w korze mózgowéj, lecz jest zawsze bodźcem grubo materyjalnym, a mianowicie bodźcem wynikłym skutkiem ucisku działającego wprost na podkorowe ośrodki ruchowe, a powtóre, że bodźce odruchowe i automatyczne różnią się w kurczach Jacksonowskich swém patologiczném natężeniem od analogicznych prawidłowych bodźców, wywolujących ruchy fizyjologiczne.

III. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

XVII.

Obrażenie głowy. Śmierć z zapalenia opon mózgowych, czy z zapalenia płuc.

Podał prof. Dr. L. Blumenstok.

Semko Z., lat 33 liczący, d. 23 kwietnia uderzony został w głowę laską, podobną do bijaka od cepa. Badany dnia następnego przez chirurga A. przedstawiał nad guzem bocznym czaszki po stronie lewéj ranę skórną, 3cm. długą, o brzegach poszarpanych, nieco obrzmiałych, nie przenikającą całéj skóry, naokoło otworu obrzmiałéj; uskarżał się na ból głowy, stan ogólny jednak byl prawidlowy, a lekarz badający orzekł, iż Semko Z. poniósł lekkie uszkodzenie cielesne, połączone z 3-dniowém nadwerężeniem zdrowia. Według zeznania żony Semko jeździł wprawdzie d. 24 kwietnia do Sądu, ale powróciwszy żalił się na silny ból głowy i oslabienie ogólne, przez następnych dni kilka wymiotował, cierpiał ciągły brak apetytu, sen był przerywany, przechadzał się i mało co leżał, zawszy był przytomny, jednak d. 17 zaniemógł silniéj, a wezwany do niego chirurg A. rozpoznał tyfus albo zapalenie opon mózgowych i zaordynował mu *Kalii bromati 5:200*, co godzina łyżkę. Dnia 19 maja wezwany ponownie znalazł silną gorączkę i mierny nieżyt płucny, jednak pomimo najdokładniejszego badania, jak zapewnia, nie wykrył zapalenia płuc; zaordynował tym razem *Inf. radd. ipecac.* i *Chinin. sulphur.* Również wezwany d. 22 maja Dr. B. rozpoznał tyfus lub zap. opon mózgowych i również zalecił *Infus. ipecac.* i *acidulum.* We 3 dni późniéj (25 maja) chory umarł, w skutek doniesienia urzędu gminnego Sąd zarządził sekcyję, która wykonana d. 26 maja przez tych samych lekarzy Dra B. i chirurga A. wykazała co następuje:

Oględziny zewnętrzne:

1. Zwłoki mężczyzny około 34 lat liczącego, wzrostu średniego, budowy dość silnéj. 2. Przyskórek prawie z całego ciała daje się szmatami całemi ściągnąć a w wielu miejscach tworzy pęcherze zielonkowato-wiśniowe wielkości od grochu do jaja gęsiego, napełnione płynem brudnowiśniowym. 3. Powłoki zewnętrzne pokryte prawie wszędzie plamami zielonkowato-wiśniowemi pośmiertnemi. 4. Na prąciu i mosznach rozpoczynająca zgnilizna a z nosa i z ust wycieka brudno-wiśniowy płyn nader cuchnący. 5. Cuchnienie z całego trupa silne. 6. Na skórze w okolicy kości bocznéj czaszkowéj lewéj blizna 5cm. dluga podłużna, (pochodząca widać z rany o brzegach dość równych i gładkich). 7. Najdokładniejsze badanie całego ciała nie wykryło prócz téj blizny urazów.

Oględziny wewnętrzne. 8. Pod skórą czaszki w miejscu odpowiadającém opisanéj pod 6 bliznie czaszka nieuszkodzona, na wewnętrznéj stronie czepca pod blizną podbiegnięcie krwawe. 9. Po zdjęciu sklepienia czaszka zupełnie nie naruszona. 10. Opona twarda zrośnięta jest z oponą naczyniową i pajęczą oraz z istotą mózgową, opony w tém miejscu są w przestrzeni prawie do 4cm. długości a $^1/_2$ szerokości zgrubiałe, bez połysku i barwy właściwéj. Tak przedstawiala się opona twarda dopiero po oczyszczeniu, gdyż przedtém miejsca te były pokryte malemi wylewami krwi i naczynia nastrzyknięte. Na błonie pajęczéj prócz rozlanego zmętnienia, zgrubienia i stwardnienia znaleziono nieco wysięku ropno-włóknikowego. Naczynia opony naczyniowéj nastrzyknięte. 11. Mózg nieco przekrwiony, w komórkach nie znaleziono nic. Konsystencyja mózgu wszędzie normalna, tylko w miejscu odpowiadającém bliznie jest nieco zmniejszona. Móżdżek silnie przekrwiony. 12. W tém miejscu musimy zaznaczyć, że chociaż pokrywy ciała, części rodne i niektóre trzewa brzuszne podpadły już rozpoczynającéj się zgniliźnie, jednak mózg znaleziono zupełnie jeszcze w stanie dobrym. 13. W krtani nieco czerwonego śluzu. 14. Płuco prawe jakoteż i lewe przyrośnięte do opłucny żebrowéj; w jamie opłucnéj prawéj do 300grm. ciemnowiśniowéj śluzowatéj cieczy, płuco prawe nigdzie nie trzeszczy przy nacięciu, połowa tegoż w nader silnym stopniu przekrwiona, a druga w stanie zwątrobienia. Taki sam stan i w lewém płucu, lecz w daleko większym stopniu. 15. W osierdziu około 100grm. czerwonego lepkiego płynu. Serce wiotkie, stluszczone nieco, mięśnie blade, komórki próżne. 16. Wątroba, śledziona i nerki zielonkowate, po przecięciu barwy zielonkowatéj. 17. Żołądek rozdęty gazami próżny. 18. Gruczoly krezkowe dość silnie powiększone, przekrwione. 19. Kiszki w niektórych miejscach dość silnie przekrwione. 20. Pęcherz moczowy skurczony, próżny.

Na podstawie wyniku sekcyi pp. obducenci wydali następującéj treści orzeczenie:

Semko Z. zmarł z zapalenia opon mózgowych i z zapalenia płuc (wywód oględzin 6, 8, 9, 10, 11, 14). Zapalenie opon mózgowych u nieboszczyka powstało w skutek uderzenia narzędziem twardém, gładkiém i tępém a uderzenie (opisaną nam) laską może być dostatecznym powodem do sprowadzenia téj choroby, która śmierć sprowadziła. — Nie da się zaprzeczyć, że i zapalenie płuc przyczyniło się téż do śmierci, lecz ze wszystkich danych wnioskować możemy, że pierwszą główną chorobą, która wywołała wszystkie inne następstwa, było zapalenie opon mózgowych; jak i kiedy przyszło do zapalenia płuc, tego z pewną dokładnością oznaczyć dzisiaj nie jesteśmy w stanie. Do stanowczego twierdzenia, że pierwszą chorobą było zapalenie opon mózgowych a nie zapalenie płuc posłużyły nam następujące okoliczności:

a) 24 kwietnia rb. był Semko u lekarza A., który badał go dokładnie i prócz osłabienia po znacznéj (wedle podania nieboszczyka) utracie krwi nic więcéj nie znalazł.

b) Następnie około 17 maja rb. był nieboszczyk powtórnie u lekarza A., który rozpoznał tyfus lub zapalenie opon mózgowych i nawet zaordynował mu *Kali bromat.* a zapalenia płuc ani śladu nie było, lecz tylko jak zwykle u ludzi nie bardzo zważających na siebie, mierny nieżyt płuc.

c) Trzecim razem był lekarz A. już w domu u nieboszczyka a było to 19 maja rb. i tak samo rozpoznawał.

d) 22 maja rb. był u nieboszczyka Dr. B. i potwierdził rozpoznanie, lecz objawy chorobowe przemawiały więcéj za

zapaleniem opon mózgowych, jak np. ustawiczne drgawki w mięśniach twarzowych, silne zgrzytanie zębami itp.

Na późniejszą chorobę, tj. zapalenie płuc mógł nieboszczyk zapaść np. z 22 na 23 maja rb. w skutek przeziębienia się lub jakich innych przyczyn; będąc w stanie gorączkowym mógł wyjść na powietrze dla oddania potrzeby, co zwłaszcza w porze chłodnej mogło być powodem do zapalenia płuc, które ze względu na schorzenie nadzwyczaj prędko się rozszerzało.

Stanowczo twierdzimy, że pierwszą chorobą u nieboszczyka było zapalenie opon mózgowych, gdyż w żaden możliwy sposób nie można przypuścić, aby przy częstokrotném badaniu chorego lekarze nie rozpoznali zapalenia płuc,— i to jeszcze upewnia nas, że było zapalenie opon mózgowych, chociaż lekarze nie mogli go odrazu z pewnością rozpoznać, a nie zapalenie płuc, bo może być ktoś uderzony w głowę a objawy zapalenia opon mózgowych mogą dopiero w kilka tygodni nastąpić, a więc lekarz nie jest w możności odrazu stanowczo rozpoznać choroby.

Na zapytanie sędziego śledczego, co było w danym przypadku najbliższą przyczyną śmierci u nieboszczyka a mianowicie czy zapalenie opon mózgowych lub zapalenie płuc, odpowiadamy, że nie jesteśmy w stanie oznaczyć, która właściwie z tych dwóch ciężkich chorób mogła sprowadzić śmierć; a nakoniec i to jeszcze musimy zaznaczyć, że przy końcu życia nieboszczyka obie choroby działały już razem a więc wspólnie były powodem do zejścia śmiertelnego.

W obec tak chwiejnego orzeczenia Prokuratoryja państwa widziała się zmuszoną przesłać akta śledcze Wydziałowi lekarskiemu, żądając stanowczéj odpowiedzi na pytanie: Jaka była przyczyna śmierci Semki Z., a w szczególności, czy uderzenie laską w głowę śmierć jego wywołało.

Orzeczenie Wydziału opiewało:

Z oględzin pośmiertnych wynika niewątpliwie, że Semko Z. umarł z obustronnego zapalenia płuc dławcowego. Z uwagi, że Z. obrażony w głowę dnia 23 kwietnia a badany dnia następnego przedstawił tak nieznaczne obrażenie głowy, że lekarz uznał je za lekkie upośledzenie cielesne, połączone z niezdolnością do pracy przez dni 3, — że tenże dopiero dnia 17 maja zjawił się powtórnie u lekarza, a w 8 dni późniéj umarł, przypuścić wypada, że tegoż dnia 17 maja popadł na zapalenie płuc, a opis ten choroby pozostaje w zgodzie z wynikiem sekcyi, to jest, ze zwątrobieniem płuc obydwóch. Zeznania lekarzy nie przemawiają przeciw temu zdaniu, albowiem jeden z nich wspomina o sprawdzonym przez siebie w d. 19 maja „nieżycie płuc“, podczas gdy drugi o zapaleniu płuc wcale nie wspomina, środki zaś lekarskie według załączonych recept d. 19 i 22 maja przez obydwóch zalecone również wskazują, że zapalenie płuc podejrzywali.

Wprawdzie nieznaczne obrażenie głowy wystarcza czasem do wywołania zapalenia opon mózgowych, wprawdzie zeznanie Katarzyny Z., że mąż jéj w pierwszych dniach po pobiciu cierpiał wymioty, ból głowy i drgawki przelotne, poniekąd przemawiałyby za zapaleniem opon mózgowych, jednak pomijając już okoliczność, że zapalenie to nie jest w protokóle sekcyi dostatecznie opisane, a więc przypuszczając, że ono rzeczywiście istniało, to wystąpiło ono w ostatnich dniach życia jako powikłanie zap. płuc, a nie istniało dawniéj, gdy Semko Z. przez kilka tygodni po doznaném obrażeniu głowy chodził jeszcze, jeździł nawet, zawsze był przytomny, a dopiero na 2 dni przed śmiercią przytomność utracił.

Z tych powodów Wydział Lekarski w myśl wniosku świetnéj Prokuratoryi orzeka, że Semko Z. umarł śmiercią naturalną z zapalenia płuc, a uderzenie laską w głowę nie przyczyniło się do jego śmierci.

Przypadek ten dosyć prosty dowodzi jednak, jak dalece ważném jest zadanie lekarza sądowego, i jak stósowném jest postępowanie Sądów, jeżeli w przypadkach, w których grozi obwinionemu dotkliwsza kara, udaje się po orzeczenie do grona lekarskiego. Znawcy pierwsi orzekli stanowczo, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy obrażeniem nieznaczném głowy a śmiercią, która nastąpiła w 33 dni po tém pobiciu; na szczęście jednak obwinionego nie podali stanowczéj odpowiedzi na słuszne zapytanie Sędziego, co w danym razie było najbliższą przyczyną śmierci, przezco odwołanie się do Wydziału stało się potrzebném, a co ważniejsza, uzasadnioném; gdyby bowiem odpowiedź ich i na to pytanie była tak stanowcza, jak co do zapalenia opon mózgowych, Sąd znajdowałby się w kłopocie co do powodu, dla którego miałby zasięgnąć opinii instancyi wyższéj zawodowéj. Sądzę, że nie ulegało żadnéj wątpliwości, że zapalenie płuc dławcowe stało się bezpośrednią przyczyną śmierci i że przebieg był takim, jak go podało orzeczenie Wydziału; przemawia za tém rozchorowanie się człowieka d. 17 maja i zgon jego w 8ym dniu choroby, z którym to przebiegiem pozostaje w zgodzie wynik sekcyi. Niepodobna przypuścić, aby tak nieznaczne zapalenie opon mózgowych było następstwem owego nieznacznego obrażenia głowy przed tak dawnym czasem, a należało to zapalenie raczéj uznać jako powikłanie zapalenia płuc. Przypadek ten, jak wspomnieliśmy, jest tak prostym, że orzeczenie mylne pp. obducentów nie inaczéj wytłumaczyć sobie można, jak że przywiązawszy za dużo wagi do objawów mózgowych, które towarzyszyły zapaleniu płuc, i nabywszy za życia chorego przekonania o zapaleniu opon mózgowych, i po śmierci jego nie mogli pozbyć się tego przekonania i gwoli onego owo nieznaczne obrażenie głowy uznali za uszkodzenie śmiertelne.

IV. Dżuma w Iraku arabistańskim w r. 1884.

podał Dr. W. Jabłonowski w Bagdadzie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

Wewnętrzna powierzchnia żołądka jest nastrzykana, pokryta powłoką śluzowatą koloru szarawego, ściśle przylegającą do ścian. Po jéj usunięciu tu i owdzie dają się spostrzedz kupki krwi wynaczynionéj. Rozgałęzienia naczyń włosowatych bardzo wydatne. Okolica odźwiernika zaczerwieniona, sucha. Gruczoły żołądkowe powiększone, otwory ich przedstawiają się zwężonemi i błona śluzowa téj okolicy jest suchą, pofałdowaną. Treść żołądka bardzo skąpa jest płynem czarniawym, zawierającym ciałka krwi i pomięszanym z resztkami płynów i pokarmów stałych, niestrawionych. *Sarcina ventriculi* wcale nie spotykałem. Wątroba co do swych rozmiarów nie przedstawia żadnych widocznych zmian, obfita w krew płynną, czarną. Śledziona stale bywa powiększoną. Na zwłokach znajdujemy ją brudno-czarniawą. W trzewach żadnych widocznych zmian. Gruczoły Brunnera i Peyera i w ogóle sploty gruczołów brzusznych zachowują swój stan fizyjologiczny. W jednym tylko przypadku znalazłem górną

część jelita wstępującego i środek poprzecznego pokryte czarniawemi plamkami, jakby powstałemi w skutek wynaczynionéj krwi. Prawdopodobniéj jednak były one następstwem szybkiego gnilnego rozkładu tkanek.

Dość ciekawe zmiany znajdujemy w narządzie moczowym. Nerki są powiększone; przedstawiają stan przekrwienia i ich naczynia żylne są wypełnione krwią gęstą, a niekiedy nawet napół skrzepłą. W tętnicach przeciwnie, ilość krwi bywa zmniejszoną. Istota korowa, i cały miąższ jest wilgotnym, koloru brudno-czerwonego, pokryty tu i owdzie wynaczynionkami. Istota rdzeniowa prócz nieznacznego nastrzykania, zachowuje swój stan normalny. Przynercza bywają zmniejszone i stopień nastrzykania jest tu mniéj wyraźnym. Torebka tylko z trudnością daje się oddzielić. Przekrój poziomy daje powierzchnię nastrzykaną, koloru brunatnego, przedstawiającą cechy rozpoczynającego się rozpadu. Kielichy i miedniczki pokrywa śluz nieco skrzepły, ściśle przylegający i pomięszany ze krwią. Piramidy znacznie nastrzykane, ciemniejszego jak zwykle koloru. Grupy kanalików moczowych ściśnięte, jakby przypłaszczone lub napół skręcone. Moczowody zwężone, przy ujściach do jamy pęcherza zaczerwienione i nierzadko pozbawione nabłonka. W pęcherzu znajdujemy tkankę łączną w stanie nieznacznego przerostu; błona śluzowa nastrzykana, zaczerwieniona, koloru szarawego lub brunatnego, cały zaś pęcherz skurczony.

Niektórzy z pisarzów francuskich, mianowicie Lacheze, Roche i Boulat uważali sploty nerwu sympatycznego za siedlisko choroby, opierając się głównie na spostrzeganych w początkach cierpienia zmianach nerwowych. Poddawszy ścisłemu badaniu cały system nerwu współczulnego znalazłem wprawdzie niektóre sploty, jakby obrzmiałe i koloru ciemniejszego, lecz innych zmian nie udało mi się wykazać.

Streszczając powyższy przegląd zmian patologicznych pospieszam dodać, że nie przedstawiają one cech wyłącznych, tak że wątpliwość co do siedliska choroby nie zostaje usuniętą, bo jeżeli prątki znalezione w ropie wydobytéj z dymienic okazują wspomniane wyżéj własności, to jednak bardzo być może, że w innych miejscowościach i śród odmiennych warunków ta ich własność ulega pewnym zmianom.

Ochrona i leczenie. W miejscowościach, gdzie ludność tak często i tak srogo bywa doświadczaną przez zarazę, rzecz prosta, że musiało się wytworzyć i samoistne leczenie, obejmujące szeregi środków i sposobów sankcyjonowanych tradycyją lub tylko, i to przeważnie, wskazanych przesądnym zmysłem licznych duchownych z sekty Szeitów. Co więcéj, w prowincyi, gdzie od wrót staréj stolicy Khalifów aż do wybrzeży Zatoki perskiéj, od stóp Araratu wzdłuż całego pogranicza Kurdystanu, nie spotykamy jak tylko wędrownych „Mirzów“ perskich, uważanych za powagi lekarskie obcokrajowe, tam naturalnie nie podobna wymagać, ażeby ludność miała pojęcie o wartości racyjonalnego leczenia się, lub też ażeby okazywała do niego najmniejszą skłonność. Dżuma jednak skutkiem niepohamowanéj siły i liczby nieszczęśliwych ofiar, do pewnego stopnia zmieniła zwykłe utrwalone usposobienie, i wtedy właśnie kiedy leczenie okazuje się niemniéj korzystném i w przeprowadzeniu połączoném z największemi trudnościami, wszystko ku niemu zwraca się w przekonaniu, że pojedyncze usiłowania zdołają choćby nadprzyrodzonym sposobem oddalić bliską przepaść nieszczęścia! Tak jednak nie bywa. Rozporządzeniem centralnéj władzy zdrowia lekarze wysłani do miejsc dotkniętych zarazą nie mają czasu do zajęcia się leczeniem choćby pojedynczych przypadków. Zaraza bowiem zwykła pochłaniać swe ofiary, nim się pomyśleć zdołało o tém, że i one zasługują na naszą opiekę! Zresztą sam główny cel ograniczenia zarazy do ogniska, w którém wybuchła, usuwa na drugi plan wszystkie projekty lecznicze. To téż w ciągu trwania ostatniéj epidemii w Iraku nie miano na uwadze jak tylko działanie zabezpieczające, skierowane nie już do leczenia dotkniętych zarazą ale głównie do zabezpieczenia dalszych punktów prowincyj od bardzo możebnego przedostania się dżumy. Ztąd więc zainstalowanie podwojonego łańcucha sanitarnego, uważanego za jedyną baryjerę, umiejscowić mogącą zarazę, wymagało co najrychlejszego zastósowania.

W miarę rozwoju epidemii w Bedré obawa w całéj prowincyi zwiększała się z każdym dniem. Jednakże tak wielkorządca jak i komendant korpusu, żartując sobie z wieści dochodzących z Bedré, okazali się nadzwyczaj skąpymi w dostarczaniu zarządowi sanitarnemu środków. Ich bowiem zdaniem: Ałłach co rozkazał wodom Tygru wystąpić z łoża, co sprowadził powódź w znacznéj części prowincyj, mając do rozporządzenia słońce i wiatr pustyni użyje ich do usunięcia trwogę wzniecającéj choroby! Wreszcie kogo zaznaczył palec anioła śmierci (Edżel) i czyjém jest przeznaczeniem (Kesmet) umrzeć, ten napróżno szukałby schronienia w dziewiczych palmowych lasach, zostanie odszukany i ukarany! Tak rozumowano w pałacu gubernatora Bagdadu, ćwicząc *„dolce far niente“* w miłym cieniu drzew i w obec uroczego widoku na wybrzeża staréj biblijnéj rzeki. Innego jednak zdania był zarząd sanitarny, poparty energicznie przez władzę centralną. Zaraza szerzyła się. Nadchodzące biuletyny były przerażające. Co rychléj więc należało pospieszyć z możebną pomocą. Wtedyto łaskawi administratorowie, niezadowoleni z nudnych telegraficznych rozkazów, oddali do rozporządzenia władzy sanitarnéj jednę, wyraźnie jednę, kompanię piechoty, uruchomioną dodaniem kilkudziesięciu mułów i pewną ilość pieszych i obdartych żandarmów, co razem wzięte i przeniesione do miejsc zakażonych miało i musiało wystarczyć do pełnienia służby kwarantanowéj, zainstalowanéj przez inspektora łańcucha sanitarnego Dra Lubicza. I jakkolwiek taka okruszyna wojska była mniéj niż dostateczną, to jednak dzięki nieznanym gdzieindziéj usiłowaniom zdołano przeprowadzić liniję łańcuchów ochronnych i utrzymać ich powagę, dzięki jedynie respektowi, jakim jest ożywioną miejscowa ludność w obec wszystkiego, co nosi mundur turecki! Z tak więc małemi zasobami zdołano przeprowadzić najprzód łańcuch wewnętrzny, wybiegający z Dżesanu do Bedré, ztąd na północ-wschód opasujący Zorbatye, Kazanieh i Mendeli, z oparciem się o małą rolniczą osadę zwaną Bel-ed-Rouz, położoną przy drodze z Mendeli do Bagdadu. Czuwanie nad tym trójkątem było powierzone pół kompanii piechoty i siedemnastu strażnikom sanitarnym, wybranym z pośród okolicznych mieszkańców. Łańcuch zaś zewnętrzny na zachód stanowiła rzeka Tygrys, w pobrzeżnych wioskach którego pozostawiono urzędników sanitarnych. W Kut-el-Amara została druga polowa kompanii piechoty, któréj posterunki oddalone od miasta o trzy kilometry, miały za zadanie przeszkodzić wszelkiéj komunikacyi od strony Dżesanu i Bedré. Przestrzeń oddzielająca łańcuch zewnętrzny od miejsc dotkniętych zarazą wynosiła 52 kilometrów. Od Kut-el-Amara zaś linija zewnętrznego łańcucha dochodziła na północno-wschód aż po za ogrody Mendeli, na południe zaś kończyła się posterunkiem sanitarnym w miejscowości zwanéj Imam

Ali-Gerbi. Z téj więc strony podróżującym drogą karawan nie podobna było przedostać się nad wybrzeża Tygru. Przybywających do Kut-el-Amara poddawano 15-todniowéj kwarantanie, którą byli zmuszeni odbyć albo pod namiotami lub tylko na przestrzeni otoczonéj słupkami i zaznaczonéj sznurem daktylowym! Mieszkańców jednak pobliskich wiosek, mianowicie Arabów koczujących z trzodami po nad rzeką, nie podobna było utrzymać w należnych karbach posłuszeństwa. Przywykli i oswojeni z przemycaniem i teraz w oddali na swych „tułumach“ (skórach owczych wypełnionych powietrzem) przepływali rzekę i przedostawszy się na drugi brzeg, dochodzili pieszo do Kut-el-Amara i z tego punktu jakby wcale niepodejrzani dostawali się do miasta. Jednakże podobne przemycanie się nie miało żadnych szkodliwych następstw.

Daléj w każdym z punktów zakażonych zainstalowano jednego lekarza w celu osiągnięcia sumiennych i ścisłych raportów o rozwoju zarazy, jej przebiegu i stopniu śmiertelności. Zorbatye zaś jako punkt pośredni między zakażonemi miejscowościami, cieszące się nadto lepszą wodą do picia, obrano za główną siedzibę zarządu sanitarnego i wszystkich zasobów ku wzmocnieniu posterunków, ich ściśnieniu lub nadaniu im obszerniejszego zakresu, jeżeliby tego wymagała potrzeba. Ztąd więc czuwano z całą energiją nad kordonem wewnętrznym otoczywszy całą możebną opieką miasteczko Bedré, którego mieszkańców zmuszono do opuszczenia domów i rozpięcia namiotów w ogrodach palmy daktylowéj lub też na otwartych przestrzeniach, położonych naprzeciw miasteczka lub po drugiéj stronie rzeki Bedrai. Wyrugowanie mieszkańców z kryjówek nastąpiło dopiero w pierwszych dniach Czerwca, pierwéj bowiem przy niedostatecznych środkach pomocniczych wydalenie mieszkańców z ogniska zarazy było rzeczą niepodobną do przeprowadzenia. Pospieszam jednak dodać, że wydalenie mieszkańców z miasta nie wpłynęło wcale na zmniejszenie śmiertelności. Głównym tego powodem była zdaje się sama trudność w oddzieleniu dotkniętych od zdrowych, pozostających w jednych i tych samych prawie stosunkach, tak w domach jak i pod namiotami. Na wydaleniu więc mieszkańców Bedré z miasta to tylko zyskano, że ich domy zostały poddane odwonieniu, wytynkowaniu a częścią nawet wybieleniu wapnem. Odzież, pościel i łachmany, pozostałe po ofiarach dżumy, znalezione w domach lub wyrzucone na zewnątrz, spalono choć tylko w małéj stosunkowo ilości. Téj saméj procedurze uległy i sterty nieczystości nagromadzone i nietykane od niepamiętnych czasów. Wreszcie młyn wodny, zkąd zaraza wzięła swój początek, został zniszczony ogniem razem z otaczającemi go budami mieszkających w nich Kurdów z Lurystanu perskiego. Koczujących zaś mieszkańców otoczono odpowiednią strażą, obowiązaną powstrzymać stosunki z Dżesanem i Zorbatye. Największéj więc energii użyto w Bedré jako głównem ognisku zarazy, podczas gdy w innych punktach jak Mendeli oddalonem o dwa dni drogi, Zorbatye o dwie i Dżesan o trzy i pół godziny zwykłego marszu, czuwając nad utrzymaniem przerwy w stosunkach miejscowych, zastósowano głównie odwanianie za pomocą mieszaniny kwiatu siarkowego, saletry i otrąb.

Pomijam trudności z jakiemi walczyć tu wypadało. Są one bowiem drobnostką i łatwo zostały zapomniane wobec faktu, że rozporządzając tak szczupłemi środkami udało się nam jednak ograniczyć zarazę do wyżéj wspomnianych ognisk i tém samém zabezpieczyć główne punkty prowincyj Bagdad i Bassoreh od spłacenia dolegliwego haraczu narzuconego straszną klęską. I gdyby łańcuch sanitarny został przeprowadzony nieco wcześniéj, gdyby wielkorządca prowincyi i komendant korpusu chcieli byli działać z pospiechem, gdyby czynność administratorów, choć w podobnie ciężkiéj okoliczności okazała się była bardziéj energiczną, to bardzo być może że zaraza byłaby się dała ograniczyć do pierwotnego swego ogniska i cała sprawa prędzéj byłaby się skończyła, bo dotknięty okrąg nie jest obszerny i jest możność ścisłego otoczenia go łańcuchem, który nie powinien ograniczać się tylko do miejscowości zakażonych, ale winien być rozciągniętym aż do Bagdadu a nawet i daléj. Dżuma bowiem wymaga szybkiego i najenergiczniejszego stosowania środków higijenicznych. Patryarchalna opieszałość rządzących, a daléj niezachwiana wiara, że jakiś Ali lub Hussein pospieszą z muzułmańską pomocą i teraz była jedną z przyczyn, które wywołały rozwleczenie się zarazy do innych punktów.

(Dokończenie nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Senator: O białkomoczu.

Postępom chemii zawdzięczyć winniśmy wiadomość, że w moczu, podobnie jak we krwi, znajdować się mogą różne rodzaje białka, odznaczające się odmiennemi własnościami chemicznemi. Lehmann pierwszy dosadnie wykazał, że oba ciała białkowate, istniejące we krwi a krzepnące przy gotowaniu, t. j. białko surowicze i globulina, pojawiają się w moczu. Następnie wykryto w moczu trzecie ciało białkowate, niekrzepnące przy gotowaniu, a mianowicie: propepton (*Hemialbumose*), który stanowi przejście do peptonu, napotykanego również czasem w moczu. Z tego okazuje się, że przez samo gotowanie nie jesteśmy w stanie zawsze wykryć białkomoczu. Przeoczyć bowiem możemy nie tylko obecność białka niekrzepnącego śród gotowania (propepton), ale nawet mniejsze ilości białka surowiczego i globuliny. Sól znajdująca się w moczu może oba ostatnie rodzaje białka utrzymać mimo gotowania w rozpuszczeniu i to nie tylko w moczu alkalicznym lub obojętnym, ale nawet słabo kwaśnym. Na odwrót zaś śród gotowania może powstać zmętnienie, niepochodzące od białka, lecz od fosforanów.

W obec tego korzystniejszą jest rzeczą badać najprzód zimny mocz na białko, a mianowicie 1) kwasem azotowym. Jeżeli nie powstanie ani ślad osadu, to mocz nie zawiera wcale białka (ani surowiczego, ani globuliny, ani propeptonu), jeżeli zaś osad powstanie, to osad ten pochodzić może od jednego, dwóch lub wszystkich trzech wspomnianych ciał białkowatych. Pamiętać przytém należy, że lekkie zmętnienie pochodzić może od terpentyny, kopaiwy (rozpuszczają się przy oddaniu wyskoku) albo też od moczanów. Moczany rozpuszczają się przy ogrzaniu, ale wraz z niemi rozpuścić się może równocześnie propepton, — a w ten sposób łatwo białko to przeoczyćbyśmy mogli. Pewniejszą próbą jest 2) żelasinek potasu w roztworze zgęszczonym. Do moczu, który nie powinien być bardzo zgęszczonym (rozrzedzić trzeba w takim razie wodą), dodaje się poprzednio kilka kropel kwasu octowego, a następnie żelasinek potasu. Gdyby już za dodaniem kwasu octowego powstało zmętnienie, to osad (moczanów, lub ciał żywiczych lub mucyny) należy wprzód odsączyć. Żelasinek potasu strąca białko surowicze, globulinę i propepton, nie strąca jednak peptonu. 3) Do odróżnienia białka surowiczego i globuliny od propepto-

nu służy zgęszczony roztwór soli kuchennéj (lub siarkanu sodowego albo magnowego). Dodawszy do moczu kilka kropel kwasu octowego wlewamy tyle wspomnianego odczynnika, ile wynosi objętość badanego moczu. Jeżeli mocz zawiera propepton, to powstaje zmętnienie, znikające przy ogrzaniu — a po oziębieniu moczu występuje napowrót zmętnienie. Tymczasem białko surowicze i globulina strącają się tylko przy gotowaniu. Do wykrycia peptonu służy 4) kwas metafosforowy, który strąca wszystkie cztery rodzaje białka. Jeżeli poprzednie metody nie wykazały białka w moczu (lub téż jeżeliśmy strącone białko odsączyli), to osad w moczu (lub odsączynie) powstały po dolaniu tego odczynnika wskazuje na obecność peptonu.

Przy pomocy dokładnych tych metod wykazano, że w białkomoczu najczęściéj występują białko surowicze i globulina a czasem także propepton. Rzadziéj pojawia się sam propepton w moczu, jakkolwiek nie tylko Senator, ale także Kühne, Oertel, Jaksch obserwowali już dość liczne przypadki czystéj „peptonuryi“. Przypadek czystéj „globulinuryi“ ogłosił niedawno Werner w ostrém zapaleniu nerek, podczas gdy „serinuryję“ wywołano dotychczas tylko doświadczalnie przez wstrzyknięcie surowicy do żyły zwierzęcia.

Ilościowe oznaczania białka w moczu nie ma wielkiego znaczenia z wyjątkiem prostego ocenienia wielkości otrzymanego osadu. Natomiast ważniejszą dla praktyki zdaje się rzeczą oznaczenie ilościowego stosunku białka surowiczego do globuliny, a względnie do całéj ilości białka moczu, czyli oznaczenie tak zwanego „równoważnika białka“. Stosunek ten bowiem zależy, jak podaje Hoffmann, od natężenia i okresu choroby nerkowéj.

Że nawet u zupełnie zdrowych osób pojawić się może białkomocz, wynika dobitnie ze spostrzeżeń poczynionych w ostatnich latach. 10 do 20% zdrowych ludzi posiada od czasu do czasu białko w moczu zależnie prawdopodobnie od niektórych fizyjologicznych stosunków.

Aby wytłumaczyć białkomocz, zapytać się najprzód musimy, czy ciecz przeparta przez kłębki Malpighiego do torebek Bowmana zawiera białko, czy nie.

Dawniéj sądzono, że ciecz ta nie zawiera białka; przypuszczano bowiem, że białka nie można przesączyć przez błony zwierzęce. Tak atoli nie jest. A Runeberg starał się nawet przeciwnie udowodnić, że białko tém łatwiéj przechodzi, przez błonę zwierzęcą, im mniejsze jest parcie, — chcąc w ten sposób wytłumaczyć pojawienie się białka przy obniżoném parciu krwi. Tymczasem Senator otrzymał wprost przeciwne wyniki z swych doświadczeń i udowodnił, że ilość przesączonego białka zależy w prostym stosunku od siły parcia, wywartego na błonę zwierzęcą. Mimo to utrzymują niektórzy autorowie, że ciecz przeparta przez kłębki nerkowe nie zawiera białka, — już to przypuszczając (Ribbert) szczególniejszą budowę włosowatych naczyń kłębków, już téż przypisując (Cohnheim) przybłonkowi, wyścielającemu kłębki nerkowe, własność wstrzymywania białka. Cohnheim opiera się na spostrzeżeniu, że w srebrzycy bywają drobne kuleczki srebra powstrzymane przez wspomniany przybłonek. Tymczasem Riemer wykazał, że przybłonek w ogólności jest tamą, któréj barwik przebyć nie jest w stanie. Również z bardzo wielu względów mylném jest zdanie Heidenheina, jakoby przybłonek wyścielający kłębki Malpighiego załatwiał podwójną czynność gruczołową: 1) wydzielał wodę a 2) wstrzymywał białko.

Wobec dzisiejszego stanu nauki przypuścić musimy, że w nerkach odbywa się: 1) przesączanie i 2) wydzielanie. W kłębkach nerkowych zostaje przesączona woda wraz z białkiem, gdy tymczasem przybłonek kanalików nerkowych wydziela właściwe składniki moczu, jak mocznik i t. d. To nie uwalnia nas jeszcze od pytania, co się dzieje z białkiem przesączoném w kłębkach?

Ze względu, że przypuszczenie, jakoby przybłonek kanalików nerkowych pochłaniał przesączone białko, okazało się mylném, — tworzy Senator własną teoryję, która ma nam wszystkie rodzaje białkomoczu bez przymusu wytłumaczyć. Teoryję swą opiera na faktach fizycznie stwierdzonych Wychodząc z założenia, że w kłębkach Malpighiego odbywa się przesączenie, przywodzi na pamięć następujące fakty. Śród przesączania roztworu białka wywiera wpływ na szybkość i jakość przesączu: 1) parcie — *ceteris paribus* przesącza się przy wyższém parciu więcéj cieczy, ale względnie mniéj białka, 2) fizyczna własność błony, przez którą się sączy, 3) skład cieczy, którą przesączamy, a mianowicie ilość białka i soli (im więcéj białka tém więcéj przesącza się białka i na odwrót im więcéj soli tém więcéj będzie się ich znajdować w przesączynie), i wreszcie bardzo prawdopodobnie 4) ciepłota.

Jak wiadomo panuje w kłębkach nerkowych w stosunkach fizyjologicznych wyższe parcie niż w obszarze innych naczyń włosowatych. Dla tegoto przesącza się w pewnéj jednostce czasu więcéj cieczy, t. j. więcéj wody, a względnie mniéj białka, niż gdziekolwiekbądź w ustroju — czyli innemi słowy przesączyna w nerkach jest uboższą w białko, niż w ogólności przesączyny zawierające najmniéj białka: jak n. p. ciecz mózgordzeniowa [1]). Ciecz przesączona w kłębkach nerkowych nie jest jeszcze moczem, lecz dopiero staje się nim przez domieszkę właściwéj wydzieliny przybłonków, wyścielających kanaliki nerkowe. Ponieważ wydzielina ta nie zawiera wcale białka, przeto jéj mięszanina z przesączyną, pochodzącą z kłębków, zawierać musi procentowo mniéj jeszcze białka niż sama przesączyna z kłębków Malpighiego. Z tego wynika, że mocz prawidłowy mniéj jeszcze zawierać musi białka niż ciecz mózgordzeniowa. A jeżeli uwzględnimy, jak delikatnych odczynników użyć należy do wykrycia białka w cieczy mózgordzeniowéj, to nie będzie nas wcale dziwić, że w moczu prawidłowym nie wykrywamy białka naszemi metodami badania.

Natomiast, jeżeli przytoczone czynniki ulegną zmianie, przesączyć się może w nerkach znacznie więcéj białka tak, że metody nasze zdołają już wykazać obecność białka.

Czynniki te zmienią się przy 1) zaburzeniu krążenia w nerkach. — Zwiększenie parcia tętniczego sprawia, że przez kłębki więcéj cieczy, ale względnie mniéj białka przedostaje się — czyli ilość moczu zwiększa się, a ilość białka względnie (procentowo) jest mniejszą, bezwzględnie zaś również większą. Jeżeli atoli równocześnie mocz staje się zgęszczonym, skutkiem n. p. silniejszéj transpiracyi przez skórę i płuca, to ilość białka może się skutkiem tego procentowo zwiększyć tak, że wykryć je będziemy w stanie Tak rzecz się ma w natężonéj pracy mięśniowéj, i przy działaniu gorącego i suchego powietrza, któreto czynniki podwyższają parcie tętnicze i powiększają perspiracyję. — Przekrwienie żylne sprowadza pewne skomplikowane stosunki w nerkach. Skutkiem silnego przepeł-

[1]) Że ciecz mózgordzeniowa jest przesączyną, wykazał prof. Adamkiewicz w pracy: „O ucisku mózgu“. (*Spraw.)*

nienia żył przychodzi do zamknięcia kanalików moczowych, do wstrzymania odpływu moczu, a wreszcie do obrzęku nerki. Z tego powodu przechodzi białko wprost z naczyń włosowatych śródmiąższowych, a uciskając kłębki nerkowe zmniejsza w nich parcie a tém samém zwiększa się procentowo ilość białka. Wynik jest ten, że pojawia się białkomocz.

Również obniżenie parcia tętniczego pociąga za sobą pojawienie się w moczu większéj ilości białka. — Utrudniony odpływ moczu, sprowadzając obrzęk nerki i zmniejszenie parcia, powiększa ilość białka w moczu. — Jaki wpływ wywiera układ nerwowy na białkomocz, nie jest jeszcze dostatecznie rozstrzygniętém. Wiemy tylko, że zranienie dna czwartéj komórki (Kl. Bernard) sprowadza białkomocz.

2) Jasną jest rzeczą, że każda zmiana ścian kłębków Malpighiego (zapalenie, stłuszczenie) ułatwia przejście białka z krwi. Dodać należy, że przy rozpadzie owych błon, a raczej przybłonków, zostają one z moczem wydalone — częścią w postaci rozpuszczonego białka.

3) Skład krwi może o tyle wpływać na pojawienie się białka w moczu, o ile zwiększa się ilość białka w krwi, n. p. przez dowóz pokarmów.

Trzecim czynnikiem, wpływającym na ilość i jakość przesączu, jest skład chemiczny cieczy, mającej być przesączoną. Według tego przyznać musimy, że obecność większéj ilości białka w krwi sprzyjać musi pojawieniu się białkomoczu. Stać się to może np. skutkiem zwiększonego dowozu pokarmów białkowatych lub też skutkiem zwiększonego oddawania wody drogą potu itp., w którymto razie ilość białka w krwi względnie się powiększa. Pamiętać przytém należy, że w krwi pojawić się także mogą pewne rodzaje białka, które łatwiéj dają się przesączyć, jak np. białko kurze. Wiadomo bowiem, że białko kurze wstrzyknięte do krwi, pojawia się wkrótce w moczu. Czy w chorobach znajdują się takie odmiany białka, które łatwo mogą być przesączone, podobnie jak białko kurze, tego napewne nie wiemy. W ostatnich czasach prof. Semmola przypuszcza, że w chorobie Brighta wytwarza się w ustroju właśnie taki rodzaj białka, który z łatwością przez nerki przechodzi. Rosenbach natomiast przypuszcza, że nerki regulują ustawicznie skład krwi, wydalając nadmierne lub niedające się przyswoić białko z moczem. Z tego względu określa białkomocz, występujący bez anatomicznych zmian w nerkach, jako białkomocz regulacyjny. To teleologiczne zapatrywanie jest tylko opisaniem ważnego faktu, że skład krwi wpływa na pojawienie się białkomoczu, nie tłumaczy nam atoli faktu powyższego w sposób fizyczny. Tymczasem teoryja Senatora nietylko pozwala nam zrozumieć wspomniany związek, ale nadto wyjaśnia w sposób naturalny, dla czego przy powolném wstrzykiwaniu surowicy do żył zwierzęcia nie występuje białkomocz. Wstrzykując bowiem surowicę krwi tego samego składu chemicznego, jaki posiada surowica krwi zwierzęcia, użytego do doświadczenia, nie zmieniamy wcale procentowego stosunku białka do soli i dla tego nie pojawia się białkomocz mimo to, że zwierzę posiada w swéj krwi względnie więcéj białka. Wspomnieć wreszcie należy, że przechodzenie niezwykłéj odmiany białka przez nerki, działa szkodliwie na nerkę, gdyż jak to Lehmann i Stokvis wykazali, po wstrzyknięciu białka kurzego do krwi wydziela się więcéj białka z moczem niż to odpowiada wstrzykniętéj ilości białka.

O wpływie czwartego czynnika, tj. o wpływie ciepłoty, wspomnieliśmy już powyżéj, mówiąc, że wysoka ciepłota nietylko podnosi parcie krwi, ale także zmienia naczynia i przybłonki nerkowe.

Chcąc z praktycznych względów omówić wszystkie kliniczne formy białkomoczu, uwzględniając zarazem powyższe cztery czynniki, musimy wprzód oddzielić te formy białkomoczu, które nie mają znaczenia patologicznego. Z tego powodu odróżnimy dwie wielkie grupy białkomoczu: białkomocz *A)* fizyjologiczny i *B)* patologiczny.

Do białkomoczu fizyjologicznego zaliczyć należy: 1) Białkomocz noworodków. Ten rodzaj białkomoczu przydarzający się u dzieci w pierwszych dniach po urodzeniu tłumaczy Senator nagłém podwyższeniem się parcia w kłębkach Malpighiego w chwili przyjścia dziecięcia na świat, co Zuntz i Cohnstein wykazali. Równocześnie traci noworodek wiele wody przez oddechanie, a spotęgowany rozpad czerwonych ciałek krwi zwiększa ilość białka we krwi. Jak widzimy, istnieją u noworodka wszystkie warunki do pojawienia się takiéj ilości białka w moczu, że wykazać ją naszemi metodami jesteśmy w stanie. Dopiero w 3cim lub 5tym dniu życia zmieniają się te stosunki a mocz staje się bogatszym w wodę, uboższym zaś w białko. 2) Białkomocz zdrowych ludzi pojawia się skutkiem natężonéj pracy mięśniowéj w czasie trawienia pokarmów, obfitujących w białko, rzadziéj skutkiem wzruszeń psychicznych lub zimnych kąpieli. Pod wpływem zimnych kąpieli rozpadają się ciałka czerwone krwi (podobnie jak w hemoglobinuryi), a podczas gdy barwik zostaje w wątrobie zatrzymanym, przechodzi uwolnione białko do moczu. Ilość białka w moczu jest zazwyczaj bardzo mała, a czasem znajdują się także wałeczki szkliste.

Białkomocz patologiczny. 1) Białkomocz skutkiem zmienionego składu krwi występujący bez zmian w nerkach i bez gorączki przydarza się w niedokrewności, białaczce (*leucaemia*) białaczce rzekoméj, szkorbucie, żółtaczce, cukrówce moczowéj itp. W moczu znajdujemy w tych przypadkach oprócz białka również wałeczki szkliste. Powodem białkomoczu jest upośledzenie krążenia a głównie złe odżywienie przybłonka nerek, który ulega lekkiemu stłuszczeniu. 2) Białkomocz w bezgorączkowych chorobach układu nerwowego jak np. w padaczce, w obłędzie opilczym, udarze mózgowym, rozstroju nerwowym, migrenie, chorobie Basedowa itd. Działają tu najprawdopodobniéj wpływy czysto nerwowe. 3) Białkomocz w chorobach gorączkowych. Na szczycie gorączki pojawia się białko w moczu, a dość często propepton sam lub w złączeniu z innemi ciałami białkowatemi. Czynniki działające są: wysoka ciepłota, zmiany w krążeniu skutkiem gorączki, zmieniony skład krwi, czasem niedostateczne odżywianie nerek (przybłonków) a wreszcie zgęszczenie moczu. 4) Białkomocz przy zastoju żylnym w nerkach skutkiem chorób serca i miejscowych zaburzeń w krążeniu krwi w jamie brzusznéj. 5) Białkomocz z powodu wstrzymanego odpływu moczu z jednéj lub obu nerek. 6) Białkomocz u ciężarnych skutkiem zastoju żylnego w nerkach lub niedokrewności tętniczéj i złego odżywienia przybłonków. 7) Białkomocz w rozlaném schorzeniu nerek, jak zapaleniu, skrobiowatém zwyrodnieniu itp. skutkiem zmiany ścian naczyniowych (naczynia przepuszczają łatwo białko) i z powodu zmienionego składu krwi. 8) Białkomocz w ograniczonych schorzeniach (zawał wybroczynowy, ropień, nowotwory) zależy od towarzyszącego ograniczonego zapalenia nerek.

Przy leczeniu białkomoczu należy głównie zwrócić

uwagę na przyczynę tegoż, a mianowicie usunąć w miarę przypadku zastój żylny, gorączkę, niedokrewność, chorobę nerwową itp. Utrata białka skutkiem białkomoczu jest bardzo mała (dziennie najwięcéj 10 do 15 gram.), nie może być zatém obwinianą o sprowadzenie osłabienia ustroju. Znaczny dowóz pokarmów białkowatych potęguje białkomocz i grozi niebezpieczeństwem łatwiejszego wybuchu mocznicy. Z tego względu lepiéj jest podawać chorym mleko, wodniki węgla, tłuszcze, kleik itp. Drugim ważnym czynnikiem w leczeniu jest ograniczenie pracy mięśniowéj, wiadomo bowiem że każda wytężona praca potęguje białkomocz. Również niekorzystnie wpływa nagłe oziębienie ciała i wpływy psychiczne. Naturalnie, że wszystkie wyliczone przepisy dyjetyczne mają tylko tam swe znaczenie, gdzie białkomocz jest najwybitniejszym objawem chorobowym, podczas gdy w przypadkach, gdzie właściwą chorobę stanowi n. p. niedokrewność, gorączka i t. p., nie należy wcale zaniedbywać właściwych w takich razach wskazówek dyjetetycznych, jak n. p. podawania ciał białkowatych, wykonywanie ruchów, użycia kąpieli zimnych itd. Z lekarstw zasługują na uwzględnienie tylko przetwory jodowe i żeleziste. Wody mineralne i pobyt w odpowiedniém miejscu kąpielowém są, zdaniem autora, najlepszym środkiem leczniczym przeciw białkomoczowi. (*Berl. klin. Wochenschrift* 1885 Nr. 15, 16). *Dr. Prus.*

Dr. Weissenberg (w Kołobrzegu): **Leczenie rozpadlin brodawek sutkowych za pomocą kokainu.**

Uporczywe to cierpienie, przeciw któremu tanin, *arg. nitricum,* kwas karbolowy itp. środki okazują się bezskuteczne, ustępuje dość szybko po użyciu kokainu.

Unna pierwszy zalecił w *Monatshefte f. pract. Dermatologie* 1885, Nr. 2, użycie tego środka w postaci pędzelkowań rozczynem $^1/_2$—1% w przestankach pomiędzy karmieniem, co 10 minut. Użycie kokainu przeciw ragadom jest zupełnie odpowiedniém, przypuścić bowiem należy, że kojące działanie kokainu na błony śluzowe o wiele szybciéj i pewniéj wystąpi w przypadku ragad, gdzie ogołocona z przyskórka w nerwy mocno obfitująca okolica użycie środka ułatwia. W tym celu Dr. W. używał 2 proc. rozczynu, którym przed karmieniem 3 razy co 10 minut pędzlował ragady, a następnie brodawkę wodą cukrową zwilżał, po karmieniu nadto jeszcze raz pędzlował. Już po 2 dniach gwałtowne bóle ustąpiły, a po 5ciu dniach ropiejące ragady zastrupiły i zabliźniły się. I w drugim przypadku okazał się kokain równie skutecznym. (*Allg. med. Centralztg.* 1885 Nr. 12). *Dr. K. Ż.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 1 b. m. posiedzenie pod przewodnictwem r. m. Dr. Warschauera, na którém fizyk miejski Dr. Buszek zawiadomił, iż w myśl decyzyi Ministerstwa dodawanie anilinu do napojów ma być karane na drodze sądowéj i podał, iż procent przypadków chorób zakaźnych w Krakowie powoli lecz statecznie się obecnie zmniejsza. — W sprawie rozszerzenia cmentarza zgodzono się z opiniją fizyka miejskiego, który proponuje kierunek ku Prądnikowi i wykazuje przesadną obawę przed szkodliwym wpływem cmentarza na zdrowie. — Dr. Grabowski zdał sprawę z czynności podkomisyi wyznaczonéj w sprawie dezinfekcyi kanałów. Przyjęto wnioski podkomisyi równie jak referat Dra Buszka również imieniem właściwéj podkomisyi wypracowany w sprawie pomiarów wody gruntowéj i badania warstw gruntu krakowskiego. Badania wody gruntowéj rozpoczną się niebawem. W sprawie zasypania stawu między ulicami Karmelicką i Łobzowską postanowiono przed wydaniem stanowczego orzeczenia zasięgnąć opinii budownictwa miejskiego co do niektórych szczegółów. — Dr. Zarewicz zdał sprawę z czynności podkomisyi wyznaczonéj poprzednio do zbadania przyczyny ognisk epidemicznych miejscowych w domach czynszowych kolei północnéj i wykazał, iż ich przepełnienie jest właściwym powodem niepomyślnego w tych domach zdrowia mieszkańców. — W końcu zajmowano się uzasadnionemi skargami właścicieli domów położonych przy ulicach, które nie mają kanałów. Dyskusyją nad tym przedmiotem odłożono do następnego posiedzenia. *D.*

* W skutek podania, wystosowanego przez jedno ze stowarzyszeń lekarskich wiedeńskich do Rady państwa, wykazującego szkodliwe następstwa gromadnego osiedlania się lekarzy po miastach większych i ogołocenia prowincyi ze sił lekarskich umiejętnych, Izba poselska wyznaczyła była komisyję, obradującą pod przewodnictwem posła Gniewosza. Otóż komisyja ta przed zamknięciem Rady państwa przedłożyła zdanie swoje (sprawozdawca Dr. Julijan Czerkawski), przyznające słuszność petentom i polecające Rządowi zrobienie początku w urządzeniu odpowiedniéj służby zdrowia dla ludności biedniejszéj, zwlaszcza wiejskiéj. Sprawozdanie to wykazuje, że podczas gdy w Pradze i Insbruku jeden lekarz przypada na 410 mieszkańców, w Gracu na 448, w Wiedniu na 540, w Krakowie na 560, to na całe Czechy przypada zaledwie 1 na 3.460 m., w Morawii na 3.730, w Śląsku na 3.886, w Dalmacyi na 4.412, w Krainie na 7,338, w Galicyi na 8.960 a w Bukowinie na 12.180; ale zarazem bardzo słusznie dodaje, że przyczyną tego braku lekarzy na prowincyi jest ubóstwo wieśniaków i lekceważenie zdrowia i życia.

○ Nagroda za najlepszą pracę dotyczącą zapobiegania ślepocie wyznaczona przez angielskie stowarzyszenie ku zapobieganiu ślepocie została przyznaną niemieckiemu lekarzowi Drowi Fuchsowi.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 12—18 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 39,5. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 1 (2 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t); z krztuśca 0 (1 z. t.); z zapalenia płuc 18 (11 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 3 przypadkach odry. 1 ospy, 1 płonicy, 1 róży. W tygodniu od 5—11 kwietnia umarło z ospy w Londynie 36. Leczyło się w szpitalach 910, świeżo zapadło 185. Po 1 umarło z ospy w Pradze, Brukseli, Manchester, Chrystyjanii, Petersburgu, Madrasie; po 2 w Warszawie i Odesie, 3 w Paryżu, 5 w Wenecyi, 6 w Rzymie, 11 w Kalkucie, 14 w Wiedniu. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 1. Z cholery umarło w Kalkucie (od 22—28 lutego) 39, w Madrasie (od 28 lutego do 6 marca) 1, w Bombayu (od 4—10 marca) 34.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 5—11 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 33,5; w Warszawie 32,4; w Poznaniu 30,5; w Wiedniu 35,9; w Pradze 36,3; w Berlinie 24,7; w Hamburgu 28,6; w Gdańsku 26,6; w Mnichowie 32,4; w Dreźnie 23,9; w Lipsku 22,2; w Bazylei 14,4; w Brukseli 18,3; w Amsterdamie 27,3; w Hadze 25,5; w Paryżu 30,6; w Londynie 23,8; w Kopenhadze 29,0; w Stokholmie 37,5; w Chrystyjanii 23,6; w Petersburgu 31,2; w Odesie 35,3; w Rzymie 29,2; w Wenecyi 28,6; w Bukareszcie 36,1; w Aleksandryi 35,3; w Nowym Yorku 29,9; w Filadelfii 24,7; w Bombayu 29,2; w Madrasie 42,0. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 117.258 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W XIII tygodniu od 22—28 marca rb. zmarło osób 100, co odpowiada na rok i 1000 mieszk. 44,35. W tym czasie zmarło 19 osób z ospy, 2 z odry, 3 z płonicy, 2 z błonicy, 2 z duru brzusznego, 1 z duru wysypkowego.

W XIV tygodniu od 29 marca do 4 kwietnia rb. zmarło 141 osób, co odpowiada na rok i 1,000 m. 62,5. W tym czasie zmarło 16 osób z ospy, 2 z odry, 1 z płonicy, 1 z błonicy, 5 z dławca, 1 z krztuśca, 3 z duru brzusznego, 1 z duru wysypkowego, 1 z gorączki połogowéj.

W XV tygodniu od 5—11 kwietnia rb. zmarło osób 89, co odpowiada na rok i 1000 m. 39,5. W tym czasie zmarło 5 osób z ospy, 3 z odry, 1 z błonicy, 1 z krztuśca.

W XVI tygodniu od 12—18 kwietnia rb. zmarło 95 osób, co odpowiada na rok i 1000 m. 42·1. W tym czasie zmarło 8 osób z ospy, 3 z odry, 1 z błonicy, 1 z duru brzusznego.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 maja. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego Dr. Bossowski odczytał rzecz o metodach badania i hodowli bakteryj i o związku tychże z chorobami zakaźnemi, następnie prof. Mikulicz okazał włókno drzewne, które zastąpić może użycie gąbek, wreszcie Dr. Prus przedstawił komórki zwojowe wykryte przez siebie w skórze.

* Od soboty do wtorku odbył się w Krakowie egzamin dla fizyków, do którego tym razem zgłosiło się dwóch kandydatów, jeden z Bukowiny, a drugi z Bośnii. Egzaminom przewodniczył p. protomedyk Biesiadecki.

* Uniwersytet włoski w Camerino ogłosił był, że dyplomy jego są ważne i w Państwie austryjackiém. W skutek tego ogłoszenia pewien poddany austryjacki wystarał się o dyplom tameczny i zgłosił się następnie do wykonywania praktyki w Państwie austryjackiém. Celem przestrzeżenia łatwowiernych Ministerstwo spraw wewnętrznych rozesłało do Namiestnictw okólnik przypominający, że według istniejących ustaw praktykować wolno w Państwie tylko na podstawie dyplomu austryjackiego. Odpis tego okólnika otrzymaliśmy od c. k. Namiestnictwa.

* **Praga czeska** 4 maja. Na dzisiejszém posiedzeniu Spolku lekařův českých miał wykład prof. Janovsky o „*Kerion Celsi.*“ Na wstępie przytoczył opis téj choroby podany przez Celsa i historyczny nauki o téj chorobie z szczególném uwzględnieniem autorów rozwój angielskich. Obecnie na podstawie badań anatomiczno-patologicznych nazwa „*Kerion Celsi*“ odpowiada grupie różnych chorób skóry głowowéj, nie mających nic wspólnego z sobą (*Herpes tonsurans, Sycosis, Dermatitis papillaris scrofulosa, syphilitica)* i dlatego nazwa ta nie jest uzasadnioną. *Dr. Obrzut.*

Do ostatniego Nru Časopisu lek. česk. po raz pierwszy dołączony został dodatek p. t. „Rozhledy“, mający odtąd wychodzić co miesiąc. Rozhledy mieszczą w sobie sprawozdania z prac obcych, ułożone według gałęzi lekarskich. W pierwszym tym dodatku, arkusz druku obejmującym, spotykamy obok licznych innych sprawozdania z prac polskich Jeleńskiego, Mayersona, Schellera i Jana Rosnera. Od czasu założenia Wydziału lek. czeskiego Časopis rozwija się w sposób bardzo piękny, dozwalający rokować nader pomyślnie o dalszych usiłowaniach naszych pobratymców.

○ **Paryż**. Pierwszy francuski Zjazd chirurgiczny odbył się tu w dniach od 6 do 12 kwietnia pod przewodnictwom prof. Trélata. Zastanawiano się nad tém, czy Zjazdów nie odbywać kolejno po różnych miastach francuskich, uchwalono jednak, aby Paryż był stałym miejscem zebrań. Uznano czas obrany w roku bieżącym za nieodpowiedni i uchwalono odbywać Zjazd w drugiéj połowie października każdego roku. Trélat powitał następnie przybyłych gości i skreślił przegląd różnych odkryć, które chirurgiję w ciągu ostatnich lat na nowe pchnęły tory. Wspomniał o odkryciach dotyczących znieczulania i *antisepsis,* łącząc z tém wzmiankę o nazwisku Listera, Pasteura i Alfonsa Guérina. Wykazał, iż dzięki tym zdobyczom granice chirurgii znacznie zostały rozszerzone a że usprawiedliwionemi są głosy, iż chirurgija jest opartą na podstawach naukowych. Zastanawiał się w końcu nad tém, o ile przy tych postępach Francyja utraciła coś ze swego wysokiego stanowiska, które dotychczas zajmowała. Odpowiedź wypadła naturalnie ujemnie. Rozpatrując przedmioty którémi się zajmowano na Zjeździe, nie można się dopatrzyć czegoś szczególniéj nowego lub nadzwyczaj ważnego. (*The Lancet).*

* **Wiadomości uniwersyteckie. Graz**. Prof. nadzw. patologii doświadczalnéj Dr. Rudolf Klemensiewicz mianowany został prof. zwyczajnym. — **Hala**. Docent prywatny Dr. Emil Schwarz mianowany został profesorem nadzw.

* **Konkurs**. W urzędowéj Gazecie czerniowieckiéj rozpisany jest konkurs na posadę lekarza powiatowego 2éj klasy a względnie asystenta sanitarnego w Bukowinie. Podania do 17 maja do c. k. Prezydyjum Rządu krajowego w Czerniowcach,

○ **Nekrologija**. W Nicei zmarła 2 kwietnia pani Emilija Bovel Sturge, Dr. medycyny Uniw. paryskiego zaszczycona tytułem *Officier de l'Academie.* Nauki lekarskie rozpoczęła w Edynburgu w 1871 r., ale widząc dalszy postęp dla siebie zagrodzonym udała się w r. 1873 do Paryża, gdzie stopień Dra osiągnęła w r. 1877. Po napisaniu rozprawy: *Les phénomènes congestives consecutives aux attaques de l'Epilepsie et de l'Hysteroepilepsie*“. Następnie udała się do Londynu, gdzie poślubiła Dra Allen Sturge. Wkrótce otrzymała posadę lekarską przy nowym szpitalu dla kobiet w Marylebone road, którą zajmowała aż do r. 1881, w którym ze względów na swe zdrowie zmuszoną była opuścić Londyn i udać się do Nicei, gdzie rozpoczęła praktykę lekarską wspólnie z mężem. Na kongresie higijenicznym w Paryżu 1878 czytała rozprawę o poprawie przemysłowych mieszkań w Londynie, na zeszłorocznym kongresie w Hadze o sposobach rozwiązania w Anglii kwestyi opieki nad ubogiemi dziećmi a w Towarzystwie lekarskiém w Nicei: „Kilka punktów co do patologii suchot włóknikowych“. Zmarła poświęcała się ze skromnością chorobom kobiet i dzieci nie pomijając także spraw znaczenia ogólno-lekarskiego.

W Warszawie umarł Dr. Józef Piotrowski, w 50 roku życia.

Piśmiennictwo lekarskie. Sprawozdanie fizykatu stoł. król. m. Krakowa za rok 1883 ułożył Dr. Jan Buszek, fizyk miejski, Kraków, 1885, in 8vo, str. 331.

Według § 13 instrukcyi swéj fizyk miejski obowiązany jest najdaléj do 1go lipca złożyć umiejętne zdanie sprawy ze swych czynności i stosunków sanitarnych miasta w roku ubiegłym. Wobec znanéj u nas niechęci do sprawozdań urzędowych zasługuje na tém większe uznanie pospiech, z którym Dr. B. wywiązał się ze swego obowiązku przed terminem, a wywiązał się bardzo dobrze. Książkę jego witamy tém serdeczniéj, o ile ona jest pierwszém sprawozdaniem urzędu zdrowia miasta polskiego, obejmującém wszystkie agendy fizykatu i ułożoném na wzór pierwszorzędnych zagranicznych publikacyj tego rodzaju i z uwzględnieniem wszystkich nowszych zdobyczy higijeny i policyi lekarskiéj. Sprawozdanie rozpada się na 2 działy, a mianowicie na część higijeniczno-sanitarną i na część statystyczną. W pierwszym zastanawia się sprawozdawca nad mieszkaniami niezdrowemi, kanałami, placami i drogami publicznemi, domami nowemi, wodą studzienną i przygotowaniami do wodociągów, daléj jest mowa o dozorze nad pokarmami, napojami, aptekami, o badaniu chemiczném rozmaitych przedmiotów, o wodach mineralnych, partactwie lekarskiém, o dozorze nad akuszerkami, o hotelach, noclegach, szkołach miejskich, niestety i o chajderach, których Galicyja pozbyć się nie może, kościołach, aresztach miejskich, kąpielach, szpitalach, zakładach dobroczynnych, poborze do wojska, szczepieniu, oględzinach zmarłych, trupniach, dezinfekcyi, sprawach weterynarskich itd. itd. Z treści téj wynika najlepiéj, jak obszernym jest zakres działania urzędu zdrowia miejskiego, Sprawozdanie urzędu takiego nie może być rozprawą naukową, dla tego bardzo słusznie postąpił sprawozdawca, że podał wierny a dokładny obraz czynności swych urzędowych w kierunkach wyżéj przytoczonych; że zaś nie jest urzędnikiem lekarskim, nie poczuwającym się do poznania postępów nauki, dowodzi licznemi uwagami, uzasadniającemi naukowo zarządzania swoje. — Prawdziwie mrówczéj pracowitości złożył dowody w drugiéj części, statystycznéj, w któréj podaje obraz śmiertelności w roku ubiegłym, Po ogólném i porównawczém zestawieniu śmiertelności, następują daty w miarę płci, wieku, wyznania, według obwodów, pór roku i miesięcy, daléj według chorób; wszędzie przyczyna śmierci jest podaną jużto na podstawie świadectwa lekarza ordynującego, jużtéżto na podstawie wyniku sekcyi.

W końcu umieszczone są t. zw. normalia i rejestr bardzo dokładny, ułatwiający nadzwyczaj odszukanie każdego szczegółu. W pierwszém sprawozdaniu bardzo stosowne pomieszczenie znalazły i instrukcyje dla rozmaitych osób lekarskich, jak dla lekarzy powiatowych, dla fizyka miejskiego, dla lekarzy miejskich obwodowych, dla akuszerek i weterynarza miejskiego.

Sprawozdanie Dra Buszka powinno znajdować się w ręku każdego dbałego o dobrobyt miasta naszego, a przedewszystkiém ojcowie miasta może zechcą uwzględnić ów straszny wykładnik śmierci, ów prawdziwy *mene tekel*, napominający, że nam przedewszystkiém trzeba wodociągów i kanalizacyi dobréj, jeżeli nie chcemy nadal obojętnie przypatrywać się z założonemi rękami, jak rokrocznie w porównaniu z Londynem umiera w Krakowie więcéj 14 osób na 1000. *L. B.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 18: Obalińskiego: Szkice hernijologiczne (c. d.); Blumenstoka: Zbrodnia czy obłąkanie (dok.).

— W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 18: Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze; Orłowskiego: Rak nerki, wycięcie nerki (dok.); Jerzykowskiego: Torbiel klejowata jajnika.

Redakcyja otrzymała:

Prof. OLSZEWSKI: Liquefaction et solidification du formène et du deutoxyde d'azote. (Odbitka z „Comptes rendus" Akademii francuskiéj) in 4to str. 3.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we środę d. 13 maja o godz. 5éj popoł. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém po załatwieniu czynności administracyjnych prof. Dr. Olszewski mówić będzie o składzie chemicznym wody rabczańskiéj ze zdroju Każmierza, podług ścisłego rozbioru świeżo dokonanego.

Na fundusz portretu śp. prof. Kozubowskiego złożyli: Dr. Berggrün z Żydaczowa 2 złr., Dr. Kramarzyński z Kolbuszowy 1 złr., Dr. Lewandowski z Bochni dodatkowo 2 złr., Dr. Macudziński z Jasła 2 złr., Dr. Przybylski z Nowego Sącza 2 złr.. Dr. Staroniewicz z Białobrzegu w Król. pols. (3 rs.=) 3 złr. 61 c., Dr. Tyralski ze Zbaraża 6 złr., Dr. Zabierowski z Zmigrodu 1 złr., Dr. Zaręba z Dąbrowy 2 złr., co razem z poprzednio wykazanemi czyni kwotę 208 złr. 85 ct.

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Przewodnik do Zegiestowa, skreślił Dr. Szczepański.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobotę w objętości średniéj półtora arkusza

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia p. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 16 maja 1885. № 20. Rok XXIV.

I. Z zakładu patologii doświadczalnéj prof. Adamkiewicza.

O komórkach zwojowych wykrytych w skórze.

(Według wykładu mianego w Tow. lek. krak. dnia 6 maja 1885).

Podał Dr. Jan Prus,
asystent tegoż zakładu.

Metoda barwienia tkanek safraniną, podana przez prof. Adamkiewicza, posiada oprócz wielu innych zalet i tę ważną własność, że barwi pięknie i ostro nietylko włókienka opatrzone osłonką rdzenną, ale także włókienka tak zwane bezrdzenne i pozwala w ten sposób dokładnie śledzić przebieg i rozgałęzienie się nerwów wśród różnych innych tkanin. Ta właśnie okoliczność skłoniła prof. Adamkiewicza do zachęcenia mnie, abym się zajął badaniem zakończeń nerwów w różnych tkaninach ustroju. Zadania tego podjąłem się tém chętniéj ze względu, że wiadomości nasze w ogóle co do ostatecznych zakończeń nerwowych w różnych narządach są jeszcze dotychczas dość szczupłe. Pośród innych tkanin obrałem sobie za przedmiot do mych poszukiwań rozgałęzienie się nerwów w skórze a w szczególności zająłem się śledzeniem delikatniejszéj budowy ciałek dotykowych Meissnera.

W tym celu poddałem stwardnieniu w rozczynie Müllera kawałeczki skóry, powycinane z różnych okolic ciała, a przeważnie z brzuszców palcowych. Po ich należytém stwardnieniu zatopiłem je w rozpuszczonéj celloidynie, która po swém wyschnięciu obejmuje silnie tkankę, przeznaczoną do badania i umożliwia jéj pokrajanie na cieniutkie skrawki. Przy barwieniu skrawków safraniną postępowałem według wspomnianéj metody prof. Adamkiewicza w następujący sposób: Po dokładném opłukaniu skrawków w wodzie destylowanéj wkładałem je na dzień lub dni kilka do 1% wodnego rozczynu safraniny, poczém opłukiwałem je ponownie w wodzie destylowanéj i wyciągałem zbyteczną część barwika w wyskoku, zakwaszonym kwasem azotowym.½ Wyjaśniwszy preparat w olejku gwoździkowym zamykałem go wreszcie w balsamie kanadyjskim.

Właściwy jednak temat przerwało mi spostrzeżenie, że w niektórych preparatach znajdują się komórki charakterystycznie zbudowane a różniące się swą postacią nader wybitnie od wszelkich innych pierwocin tkaninowych, jakie dotychczas znamy w skórze. (zob. K. fig. I, II, III).

Fig. I. Fig. II.

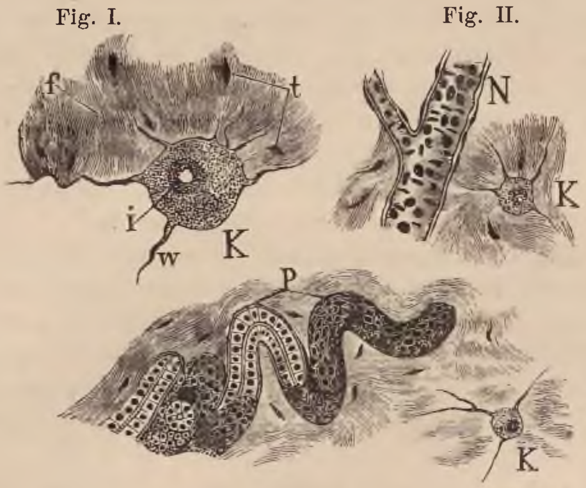


Fig. III.

Fig. I. Komórka zwojowa we wiotkiéj tkance łącznéj (Reichert. Obj. 9, Oc. 3). — Fig. II. Komórka zwojowa w bliskości naczynia krwionośnego. (Reichert. Obj. 5. Oc. 3). — Fig. III. Komórka zwojowa w sąsiedztwie gruczołu potnego. (Reichert. Obj. 4, Oc. 3) *K* komórka zwojowa, *i* jądro z jaśniejszém jąderkiem, *w* wypustka pierwoszcza, *t* jądro tkanki łącznéj, *f* włókienko tkanki łącznéj, *N* tętniczka, *P* gruczoł potny.

Jak wiadomo składa się skóra w najogólniejszém znaczeniu jako powłoka zewnętrzna ciała z dwóch warstw: warstwy zewnętrznéj wyłącznie z komórek złożonéj, to jest z naskórka (*Epiderma*), i warstwy wewnętrznéj, utworzonéj głównie z tkanki łącznéj, tak zwanéj skóry (*Derma*).

W warstwie naskórka rozróżniamy warstwę rogową (*stratum corneum*) i warstwę śluzową (*stratum Malpighii*). Tak warstwa rogowa jak i warstwa śluzowa rozpada się na inne drugorzędne warstewki, które nas tutaj bliżéj nie obchodzą. Wewnętrzna warstwa powłoki ciała dzieli się na skórę właściwą (*corium*) i na tkankę łączną podskórną (*stratum subcutaneum*). W skórze właściwéj znajdują się dwa rodzaje brodawek skórnych, mianowicie brodawki naczyniowe i brodawki nerwowe. W tych ostatnich mieszczą się ciałka Meissnera. Sąto twory owalne, wielkości 0·06—0·10mm., odznaczające się poprzecznemi jasnemi i ciemniejszemi prążkami. W warstwie podskórnéj, zawierającéj zwykle w oczkowatych swych przestworach znaczną ilość komórek tłuszczowych, przebiegają grubsze pieńki naczyń i nerwów. Nadto mieszczą się w niéj kłębki gruczołów potnych, cebulki włosowe i właściwe zakończenia nerwów, zwane ciałkami Paciniego. Sąto ciałka kształtu owalnego, dostrzegalne nawet gołém okiem, wynoszą bowiem 1—4mm. długości. Cechują się licznemi dośrodkowo ułożonemi warstwami i posiadają we swém wnętrzu włókno końcowe nerwu. Do ciałek końcowych napotykanych w skórze należą wreszcie kolbki końcowe Krausego. Sąto ciałka kuliste lub maczugowate opatrzone osłonką, mieszczące w sobie kłębkowate zagięcia nerwu końcowego. Wielkość tych ciałek waha się między 0·02 a 0·09mm.

Otóż komórki, dostrzeżone przezemnie w skórze, różnią się zasadniczo od wszystkich wspomnianych tworów. Mają one (zob. K fig. I, II, III) postać kulistą, opatrzone są wielkiém okrągłém jądrem (i fig. I), mieszczącém w sobie jąderko, a pierwoszcze komórki przedstawia masę słabo ziarnistą. Każda prawie komórka posiada wybitne wypustki (w), nieraz bardzo długie (jak np. w figurze III) wychodzące w różnych kierunkach z pierwoszcza komórki. Wypustki cieńczeją w miarę oddalania się od pierwoszcza. Czasem zoczyć można, że niektóre z wypustek w dalszym swym przebiegu wysyłają drugorzędne gałązki (fig. III). Barwa komórek po użyciu safraniny jest fijołkowo-różową. Jądro komórkowe barwi się stosunkowo znacznie ciemniéj niż pierwoszcze i jego wypustki. Obwodowa część pierwoszcza wraz z wypustkami odznacza się ciemniejszym odcieniem barwy niż część środkowa pierwoszcza.

Fig. I. przedstawia wiernie obraz komórki częściowo izolowanéj a wszystkie co dopiero opisane cechy komórki łatwo w nim odszukać można. Komórka posiada 7 wypustek różnéj długości. Podczas gdy dolna jéj część wolną jest od tkanki łącznéj, otacza górną jéj połowę wiotka tkanka łączna, w któréj widoczne są maleńkie podłużne jądra komórkowe.

Aby dać dokładne wyobrażenie o stosunku wielkości opisanych komórek do innych tkanin w skórze się znajdujących, przytaczam mikrometryczne pomiary. Średnica komórek wynosi średnio 0·021mm. Jądro komórki ma średnio 0·008mm. szerokości. Długość wypustek waha się między 0·02 a 0·08mm. Jak widzimy, ciałko Meissnera jest mniéj więcéj 3 razy większe od naszéj komórki.

Co do rozmieszczenia komórek w mowie będących należy przedewszystkiém uwydatnić, że w ogólności komórek tych jest bardzo mało w badanych przezemnie częściach skóry. Trzeba przeszukać mnóstwo preparatów, zanim się napotka jednę komórkę. Ta właśnie okoliczność tłumaczy nam, dla czego dotychczas uchodziły one uwagi badaczy. Najczęściéj znajdują się one w warstwie podskórnéj, rzadziéj we właściwéj skórze. Dość często wyśledzić je można w bliskości gruczołów potnych lub naczyń krwionośnych. Fig. II przedstawia komórkę w sąsiedztwie małéj tętniczki skórnéj, a w fig. III uwidocznionym jest stosunek komórki do gruczołu potnego.

Zapytać się teraz musimy, jakie znaczenie przypisać należy owym komórkom. Już sama ich budowa przypomina nam bardzo żywo na pierwszy rzut oka komórki zwojowe układu nerwowego. Że opisane komórki są najprawdopodobniéj przyrody nerwowéj, za tém przemawia: 1) wielkość komórek, 2) obfitość pierwoszcza, a głównie 3) obecność wypustek, czasem się rozgałęziających. Jak wiadomo bowiem wszystkie przytoczone cechy są właściwe komórkom zwojowym. Nadto rozmieszczenie ich w skórze świadczy również z największém prawdopodobieństwem za przyrodą nerwową. Jak wspomnieliśmy, znajdują się one głównie w warstwie podskórnéj, w któréj biorą początek kłębki gruczołów potnych i przez którą przebiegają grubsze pnie naczyniowe. Wprawdzie nie powiodło mi się dotychczas wyśledzić, czy istnieje bezpośredni związek między wypustkami komórek a gruczołami potnemi lub naczyniami, jeżeli jednak uwzględnimy, że badania tego rodzaju są nadzwyczaj trudne i raczéj od szczęśliwego przypadku zawisłe, to nie nazwiemy przypuszczenia zbyt śmiałem, że komórki wspomniane zostają prawdopodobnie w ścisłym związku z czynnością gruczołów potnych i naczyń krwionośnych skóry. W końcu nadmienić muszę, że postacie z b l i ż o n e do opisanych komorek znajdują się w mózgu ludzkim. Wiadomości téj udzielił mi prywatnie prof. A d a m k i e w i c z, który właśnie obecnie zajęty jest badaniem wspomnianych tworów w mózgu. Wobec tego zyskuje przypuszczenie przyrody nerwowéj komórek przezemnie wykrytych w skórze tém więcéj podstawy. W każdym atoli razie nie omieszkam przedsięwziąć dalszych a pożądanych badań w tym kierunku.

II. Z zakładu farmakologicznego w Dorpacie.

O farmakologii żelaza.

Wykład docenta i zastępcy profesora
Dra Walerego Podwysockiego.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19).

§. 4. W wiadomościach farmakologicznych o żelazie było rzeczywiście i jest dotąd wiele rzeczy niejasnych i jeszcze dostatecznie niewyjaśnionych. Jakież jednak okoliczności po pracach Hamburgera w Niemczech i Lusany we Włoszech wprowadziły nowe nieporozumienia do nauki o żelazie? Zdaniem mojém to, że względem preparatów żelaza nie rozdzielono pojęć rezorbcyi i asymilacyi, że przypuszczono, iż żelazo z wątroby nie przechodzi do prawego serca nawet i wtedy, gdy zostanie przez naczynia włoskowate przyjęte z żołądka.

§. 5. Oprócz tego, co Panom już powiedziałem, zwracam jeszcze uwagę Waszą i na to, że z metali nietylko samo żelazo wydziela się przez mocz; do takich należy także rtęć, ołów i kilka innych.

§. 6. Jako przyczynek do tego wszystkiego, co powiedziałem, czynię jeszcze jedno pytanie: Czy oprócz żelasinku potasu są jeszcze takie preparaty żelaza, które bywają rezorbowane, ale nie asymilowane na potrzeby organizmu? Odpowiedź brzmi: Są, a do nich zaliczam szczególniéj połączenia że-

laza z kwasami organicznemi, w rzędzie których stoi *Ferrum citricum*, *Ferrum pomatum*, kilka innych połączeń, a w niektórych razach *Ferrum lacticum*; wszystkie te połączenia należą do często przez lekarzy używanych tylko ze względu na nieściągające własności. Że jestto słuszném, mogę się także odwołać do kilku obcych spostrzeżeń, które były także znane i Hamburgerowi. August Meyer badał mocz ludzi, których przez 15 dni leczono za pomocą mlekanu żelaza i widział, że mocz ich zabarwiał się zielono i czarno za dodaniem siarczku amonu. Kölliker zastrzykiwał królikom *Ferrum citricum* i wykazał za pomocą zwykłych odczynników w moczu całą ilość żelaza, tym sposobem nie znajdowało się ono tam jako organiczny związek. Quincke śledził rezorbcyję *Ferri citrici, pomati et tartarici* z jelita czczego i znalazł te preparaty w moczu. Przypomnijcie sobie Panowie, jak Wam już powiedziałem, że preparaty te nie dają się strącić za pomocą kwaśnych węglanów i gryzących alkalij.

§. 7. Po tém wszystkiém, coście się Panowie dowiedzieli o żelazie ze względu na rożnorodne o niém zdania, zapytacie się zapewne: Gdzie żelazo ulega asymilacyi i dla czego powstają trudności w organizmie dla zasymilowania go z preparatów lekarskich? Odpowiedź na to:

a) Żelazo ulega wessaniu z preparatów przydatnych w celach lekarskich zarówno w żołądku jak i w niektórych częściach kiszek, jeżeli przy tém nie powstają okoliczności, tamujące utworzenie się tam organicznych połączeń żelaza albo też wpływające na rozpadnięcie się tych połączeń; nie należy przytém zapominać, że związki te są w ogóle mniéj zdolne do oporu, niż podobne organiczne połączenia żelaza w pokarmach i że spotykają więcéj przyczyn do rozpadnięcia się w kiszkach, aniżeli w żołądku.

b) Żelazo spożytkowuje się dla tworzenia hemoglobiny tylko w swoich organicznych połączeniach pokarmów i w rozpuszczalnych organicznych związkach, które pozostają w kanale pokarmowym. Sole żelaza, bez przejście w te połączenia, opuszczają organizm głównie z kałem także i z takich związków, które są przydatne do tworzenia się hemoglobiny; te jednak preparaty, które się użyć nie dają do tworzenia hemoglobiny i w roztworach bywają tylko rezorbowane, opuszczają organizm głównie za pośrednictwem moczu. Powiedziałem tylko co „w rozpuszczalnych“, ponieważ połączenia tlenku żelaza z białkami w ogóle są nierozpuszczalne i dodaję jeszcze, że rozpuszczalne związki tlenku żelaza z białkami zdolne są do dalszego utleniania się także i w organach trawienia. Żelazo we wszystkich związkach ma skłonność do opuszczania organizmu głównie z kałem także z pokarmów i wód mineralnych. Do zupełnie prawdziwego poznania asymilacyi żelaza z jego preparatów potrzeba Panom wiedzieć jeszcze co następuje:

1) Kwas solny żołądka w pewném zgęszczeniu, np. w takiém, jakie się znajduje w soku żołądkowym, nie przeszkadza tworzeniu się organicznych związków tlenku żelaza pomimo tego, iż Nothnagel mówi, że żelazo w kwaśnych płynach nie łączy się z białkami. Przekonały mnie o tém własne doświadczenia.

2) Najlepszym preparatem do utworzenia się organicznych związków żelaza w organach trawienia jest tlenek wprost wprowadzany do kanału pokarmowego, albo też ten, który się tam tworzy z preparatów żelaza.

Wiele o tém mówiono, że sól kuchenna sprzyja asymilacyi żelaza z lekarskich jego preparatów, ale nikt nie złożył dowodów, dla czego to ma miejsce. W moich badaniach nad tworzeniem się białkanów okazało się, o czém nikt dotąd nie wiedział, że po zagrzaniu półtora chlorku żelaza *(Ferrum sesquichloratum)* z solą kuchenną opada wodan tlennika żelaza (*Ferrum oxydatum hydratum*), a w roztworze pozostaje tlenek żelaza *(Ferrum oxydulatum)*. Jestto bardzo ważna okoliczność przemawiająca na korzyść mojego zdania że tlenek żelaza (*Ferrum oxydulatum*) jest korzystny dla spraw asymilacyi żelaza.

3) Węglany sodu i potasu strącają wszystko żelazo z roztworów jego soli nieorganicznych w wodzie, jeżeli ta ostatnia nie zawiera białka; w przeciwnym razie część żelaza pozostaje w wodzie, w związku z białkami także i przy nadmiarze węglanów alkalij.

4) Do utworzenia rozpuszczalnych związków organicznych żelaza z białkami kwalifikują się, według moich doświadczeń, tylko te nieorganiczne preparaty żelaza, które tworzą z alkaliami wodany tlenku żelaza (*Ferrum oxydulatum hydratum*). Wodany te nie powstają w cytrynianie, winianie w *Ferr. pyrophosphoricum* i innych podobnych; w s z y s t k i e w i ę c t e p r e p a r a t y n i e s ą p r z y d a t n e d o t w o r z e n i a s i ę h e m o g l o b i n y.

5) Jako na najlepsze preparaty dla wzbogacenia krwi żelazem wskazują na wszystkie rodzaje preparatów chlorku żelaza i inne preparaty, które mogą być zamienione w żołądku na którykolwiek ze związków chlorku żelaza. Chlorek tlenniku żelaza *(Ferrum chloratum oxydatum)* w wielu przypadkach zamienia się w żołądku na chlorek tlenku żelaza (*Ferrum chloratum oxydulatum*), albo też na związek odpowiadający tlenkowi żelaza (*Ferrum oxydulatum*).

6) Wszytsko, co sprzyja przejściu żelaza z nieorganicznych związków jego tlenku w kanale pokarmowym w stan tlennika, przeszkadza tworzeniu się rozpuszczalnych i zdolnych do zasymilowania z organów trawienia białkanów żelaza. Na przemianę białkanów tlenku żelaza na białkany tlenniku wpływa wiele sprzyjających w kanale pokarmowym okoliczności i dla tego znajdują się rzeczywiście zdolne do użytku preparaty żelaza w całkowicie asymilacyi sprzyjających okolicznościach wtedy tylko, jeżeli ich żelazo przejdzie w żołądku w białkany tlenku i jeżeli te ostatnie w t y m s t a n i e zostaną zrezorbowane z żołądka. Jednocześnie z przekształceniem żelaza w organach trawienia na związki białka powstaje także w żołądku pierwszy stopień asymilacyi.

7) Śród organicznych związków żelaza z białkami należy odróżniać bardzo trwałe związki od mniéj trwałych. Te ostatnie zdolne są do rozpadnięcia się przez działanie siarkowodoru pod wpływem nadmiaru kwasów lub alkalij; z mniéj trwałych najmniéj trwałe tworzą się prędzéj w kiszkach, aniżeli w żołądku. Bardzo trwałe związki są te, które już się mieszczą w roślinach, w hemoglobinie, w artykułach spożywczych i w żółtkach jaj, jak Bunge opisał. Wreszcie dla uzupełnienia dotychczasowych wiadomości Panów o badaniach nad rezorbcyją żelaza nie będzie dla Was zbytecznėm dowiedzieć się, że wszystkie prace tego rodzaju były prowadzone w dwóch głównych kierunkach.

Jeden z nich powstał głównie na drodze badań chemicznych nad związkami żelaza preparatów lekarskich z białkami. Tego rodzaju były prace Mitscherlicha, Gmelina i moje nowe, dotąd jeszcze nieogłoszone, badania, o których wkrótce jeszcze się więcéj Panowie na tém miejscu dowiecie, należy tu także praca Bungego, o ile uwzględnia związki żelaza w pokarmach, a wreszcie i prace Buchheima i Karola Schmidta nad zmianami żelaza w organach trawienia.

Drugi kierunek wywołały spostrzeżenia na zwierzętach w celu rozstrzygnięcia, w których mianowicie miejscach przewodu pokarmowego odbywa się rezorbcyja żelaza z jego soli, które zostały wprowadzone do żołądka. Prace tego rodzaju podjęli Westrum, Panizza i Lusana, a oprócz nich Hamburger, o ile niektóre z powyższych soli zostają z organizmu wydzielone.

Znane już są Panom wyniki prac Hamburgera; z uwagi jednak na pozostałe prace obydwóch kierunków należy Wam wiedzieć:

Po pierwsze: *a)* że przez prace pierwszego kierunku otrzymano sztucznie związki żelaza z białkami, podobnie jak i innych metali, np. rtęci itp. *b)* że w połączeniach tych po rozcieńczeniu ich za pomocą kwasów można wykryć żelazo za pomocą zwykłych odczynników, jak siarkowodór i inne. Do połączeń tych należą także związki, które powstają w żołądku i w tym stanie bywają rezorbowane do krwi, gdzie ulegają jeszcze przerobieniu dla wytworzenia ciałek krwi czerwonych; ma to miejsce wtedy, gdy pokarmy nie mogą, jak zazwyczaj, nieść na usługi organizmu żelaza swego w oddzielnym stanie chorobowym, który przeciwdziała znacznéj trwałości krążków krwi; *c)* że bez spopielenia nie można wykryć żelaza w hemoglobinie, która powstaje w naszym organizmie, zarówno jak i w innych związkach organicznych, które powstają późniéj i ukazują się np. w moczu, zarówno wreszcie jak w związkach organicznych żelaza w roślinach.

Wiedzieć należy po drugie, że prace drugiego kierunku wykazały, iż żelazo preparatów lekarskich bywa rezorbowane w żołądku przez jego naczynia włosowate i że potém zjawia się w żyłach kreskowych, przechodzi ztamtąd do żyły wrotnéj i do wątroby.

O ile doświadczenia Hamburgera z siarkanem tlenku żelaza (*Ferrum sulfuricum oxydulatum*) prowadziły niektórych do jednostronnych wniosków, mianowicie że żelazo środków lekarskich nie jest użyteczne dla tworzenia się hemoglobiny, o tyle innych Lusana w błąd wprowadził, że żelazo, które rzeczywiście według jego badań zostaje wessane z żołądka, nie służy na potrzeby organizmu. Ma to mieć miejsce dla tego, że żelazo wessane nie przechodzi jakoby z wątroby do prawego serca, ale wprost z żółcią do kiszek, ztąd znów bezpośrednio przez kał zostaje wydalone. Lusana jednak nie wziął pod uwagę doświadczeń, które dowodzą, że wessane z żołądka żelazo znów powraca do żołądka, coby nie mogło nastąpić, gdyby żelazo nie doszło do prawego serca.

Że żelazo środków lekarskich, wprowadzonych do przewodu pokarmowego, może służyć do utworzenia się stałych związków organicznych z białkami, wiecie już o tém Panowie z doswiadczeń Hamburgera, który dowodzi, że zawsze znajdował w moczu nowe ilości tych związków organicznych, które powstały z preparatów żelaza. Z drugiéj znów strony dowiedzionėm zostało, że żelazo może służyć do tworzenia się hemoglobiny, za pomocą liczenia krążków krwi u chorych na bladaczkę przed i po kuracyi preparatami żelaza. Nie przeczy temu także i Schmiedeberg w swojéj Farmakologii. Mówi bowiem: „Od czasów ważnych rozbiorów krwi Andrala i Gavareta przez cały szereg badań postawiono jako pewnik, że w bladaczce, po użyciu żelaza ilość krążków krwi i jéj barwika się powiększa.“ Liczy on przy tém jeszcze na odpowiednią dyjetę, ale powiedziałem już Panom, że bladaczka istnieje bardzo często w najzamożniejszych rodzinach, odżywiających się najlepszemi pokarmami.

§. 8. W tém wszystkiém, co Panom dotąd powiedziałem mieści się już wiele wyników dla prawidłowego lekarskiego stosowania żelaza, oprócz tego jednak muszę jeszcze dodać co następuje.

a) Nie zawsze leczy się bladaczkę przez nadmiernie wielkie dawki żelaza. W ciągu kilku lat ostatnich próbowano w klinice Zurichskiéj pod kierunkiem Huguenina leczyć bladaczkę z najlepszym skutkiem za pomocą nastoju chlorku żelaza (*Tra feri sesquichlorati*), którą niemożliwém jest stosować w wielkich dawkach.

b) Łatwe do zasymilowania sole lekarskie znajdują swoje wskazania terapeutyczne we wszystkich stanach, które należy uważać za następstwo niedokrewności, albo téż zmniejszenia się ilości krążków krwi czerwonych, a szczególniéj w bladaczce, jednak nie w niedokrewności złośliwéj.

c) Teoryje co do działania żelaza w stanach bladaczki nie są bynajmniéj ze sobą zgodne. Istota lekarskiego używania żelaza w bladaczce polega według zdania niektórych na przyspieszoném tworzeniu się nowych komórek krwi, z czém stoi w związku, że po kuracyjach żelazem w bladaczce zjawia się żywsze zabarwienie twarzy, polegające na zwiększeniu się ilości krążków krwi czerwonych, przy jednoczesném wzmożeniu się sił cielesnych. W wielu przypadkach spostrzegano także za pomocą liczenia pod mikroskopem ciałek krwi czerwonych przyrost tych ostatnich o 20%—30%, albo téż udowodniono zwiększenie się ich wymiarów; według zdania innych działanie żelaza polega na tém, że przez nie zostają stare komórki krwi zniszczone, a nowe regenerowane, z czém w związku stoi zauważone przez niektórych zabarwienie szpiku kostnego i gruczołów limfatycznych na czerwono po przyjęciu żelaza. Według zdania innych jeszcze polega ta teoryja na tém, że u bladaczką dotkniętych osób przy ciągłém zwiększaniu się ilości białych ciałek i ustawiczném zmniejszeniu czerwonych, po zadaniu preparatów żelaza wzmacniają się białe przez żelazo i następnie silnie zwiększają się ilości czerwonych a zmniejszają białych. — Wreszcie francuski fizyjolog Hayem jest zdania, że żelazo pokarmów nie działa w bladaczce w tym samym stopniu, jak żelazo preparatów dla tego, iż ilość żelaza, która może być zasymilowaną przez cierpiących na bladaczkę, nie wystarcza przy słabym stanie ich organów trawienia na pokrycie strat jego we krwi, które są zawsze większe, aniżeli w prawidłowym stanie organizmu. Do tego dodać mogę i mój pogląd na działanie żelaza w stanie chorobowym i zdrowym organizmu: Moja teoryja polega na tém, że organizm w stanie normalnym włada siłami dla obrócenia bardzo trwałych organicznych związków żelaza w pokarmach na hemoglobinę. Z szczególnym upadkiem sił tych w bladaczce nie jest on w stanie uporać się z zamienieniem tych bardzo stałych związków na hemoglobinę; w tym celu łatwiéj jest dla niego dać sobie radę z daleko mniéj trwałemi związkami białka, powstającemi w żołądku z preparatów żelaza. Krew, wzbogacona tym sposobem hemoglobiną przywraca organizmowi stopniowo stracone siły dla obrócenia żelaza pokarmów na hemoglobinę według poprzednich danych; organizm, znalazłszy się w stanie normalnym, stoi po za granicami konieczności używania żelaza z preparatów lekarskich; przy dalszém jeszcze drogą asymilacyi wstępowaniu do krwi żelaza preparatów lekarskich żelazo tych-

że preparatów znajdzie się już w niéj i swoich organicznych związkach w żołądku jako obca zbyteczna istota dla obrócenia tych związków w hemoglobinę, w skutek czego téż i powstawać będą w naczyniach krwionośnych zjawiska podobne do tych, jakie opisują pod nazwą pletory, wylewów krwistych itp., powstających w skutek używania żelaza w normalnym stanie organizmu, albo téż w tym jego stanie, gdy nie cierpi braku hemoglobiny.

d) Na błonę śluzową żołądka działają rozpuszczone nieorganiczne sole żelaza ściągająco, ograniczają wydzielinę, utrudniają trawienie; wypróżnienia rzadziéj mają miejsce i stają się twardsze i w dalszych częściach kiszek zabarwiają ich treść na ciemno, niekiedy na czarno w skutek powstania siarczku żelaza, a wszystko to powstaje za współudziałem tylko téj części żeleza, która nie dostaje się do krwi przez asymilacyję.

Z powodu niektórych z powyższych okoliczności przy używaniu żelaza w większych dawkach uciekają się niektórzy terapeuci z jednéj strony do używania żelaza metalicznego, które powoli rozpuszcza się w żołądku, a z drugiéj do używania związków organicznych żelaza, które nie mają żadnego smaku ściągającego. Preparaty te są, według mego zdania, bez pożytku z powodu poprzednio wymienionych okoliczności, a używanie metalicznego żelaza można z pożytkiem zastąpić przez zastosowanie węglanu tlenku (*Ferrum carbonicum oxydulatum)*, albo też alkoholicznych roztworów chlorku żelaza, albo wreszcie niektórych podwójnych nieorganicznych soli jego, o czém późniéj wspomnę.

e) Nieorganiczne sole żelaza, przez czas dłuższy przyjmowane w roztworach, nadają ciemną barwę powierzchni zębów przez utworzenie się siarczku żelaza.

f) U osób niebędących ubogiemi w krew dłuższe używanie żelaza prowadzi do stanu pletory, który się ujawnia przez nawały krwi do głowy, zatwardzenia, skłonność do krwotoków, przyczém u gorączkujących potęgują się objawy gorączkowe.

g) Wprowadzone do tkanki łącznéj podskórnéj, wywołują sole żelaza reakcyję zapalną; niektórzy twierdzą, że nadają się do tego więcéj otrzymane drogą farmaceutyczną białkany albo sole organiczne. Według większości spostrzeżeń są one albo zupełnie bez pożytku, albo działają tylko pobudzająco.

h) Przez nieobnażoną skórę nie bywa wcale żelazo rezorbowane. Rany jednak i błony śluzowe ulegają zapaleniu a krew łatwiéj krzepnie. Sole te więc działają tamująco w razie krwi upływu. Na mikroorganizmy i produkty gnicia działają sole tlenku odrażająco.

i) Przeciwskazania śród używania preparatów żelaza stanowią: skłonność do krwotoków, zwłaszcza u piersiowo chorych, grużlica, wady organiczne serca z zastojem w obiegu żylnym, przeszkody w trawieniu z materyjalnemi zmianami organów trawienia i w ogóle stany gorączkowe.

k) Wstrzymać się czasowo należy z używaniem żelaza i potém—w razie wypoczynku—znów do niego zwrócić: w ciężkich przypadkach bladaczki śród używania preparatów, które wymagają wielkich dawek i które w każdym razie nie mogą pozostać bez pewnych wpływów także i na inne czynności ustroju, jak np. na powstrzymanie funkcyi kiszek i t. d. Bladaczka, jako choroba tworzenia się krwi, może na razie być powstrzymana, ma jednak skłonność do powrotów i w takichto właśnie przypadkach uciekał się przecież Niemeyer zawsze do żelaza. (C. d. n.)

III. Z zakładu patologii doświadczalnéj prof. Dra Adamkiewicza.

O zachowaniu się tkanki mózgowéj pod wpływem ogniska śródczaszkowego.

(Według wykładu mianego w Tow. lek. krak. dnia 8 kwietnia 1885).

Podał Dr. Jan Prus,
asystent tegoż zakładu.

Pytanie, jak zachowuje się tkanka mózgowa pod wpływem ogniska śródczaszkowego, zmniejszającego pojemność jamy czaszkowéj, zajmowało bardzo żywo umysły wielu badaczy i przy wspólnéj pracy w myśl dotychczasowéj nauki o „ucisku mózgu“ w następujący sposób zostało rozstrzygnięte. Mózg może w dwojaki sposób oddziaływać na zmniejszenie pojemności jamy czaszkowéj, zależnie od tego, czy ognisko śródczaszkowe rozwinęło się nagle, czy też powoli. W pierwszym razie występuje ogólna niedokrewność mózgu skutkiem podwyższenia się parcia cieczy mózgo-rdzeniowéj, a w drugim przypadku ustępuje tkanka mózgowa swego miejsca rozwijającemu się ognisku przez zanik. Odpowiednio do tego rozróżniono dwa rodzaje ucisku mózgu: ostry i przewlekły.

Pojmowanie to wyłoniło się z zasady powszechnie przyjętéj, że mózg jest nieściśliwym. Zdawało się bowiem nie ulegać najmniejszéj wątpliwości, że tak obfita w wodę tkanka mózgowa musi być również, tak jak sama woda, nieściśliwą. Bergmann, który najwięcéj przysłużył się do wypracowania nauki o ucisku mózgu, wyraził stopień nieściśliwości masy nerwowéj cyfrą, mówiąc, że potrzeba ciśnienia jednéj atmosfery, aby tkankę mózgową o $^1/_{25000}$ cząstkę zmniejszyć i że ucisk, wywarty między mózg i czaszkę, musiałby wprzód rozsadzić osłonę kostną, nimby zdołał zmniejszyć pojemność mózgu o cząsteczkę ledwie tylko dostrzegalną.

Zważywszy więc, że masa mózgu, jako nieściśliwa, nie może zmieniać swéj objętości i że próżnia w jamie czaszkowéj nigdy powstać nie może, wywnioskowano, że już w stosunkach fizyjologicznych, ponieważ ilość krwi w jamie czaszkowéj ulega ciągłym wahaniom, zależnym od czynności serca i płuc, musi inny składnik mieszczący się w czaszce kompenzować te wahania. Tę kompenzacyjną rolę ma odgrywać odkryta przez Magendiego ciecz mózgo-rdzeniowa. W miarę tego jak krew w większéj ilości do mózgu dopływa, odpływać musi odpowiednia ilość cieczy mózgo-rdzeniowéj do kanału stosu pacierzowego. Tu nadwyżka cieczy mózgo-rdzeniowéj łatwo pomieścić się może, gdyż kanał stosu pacierzowego nie jest zamknięty, jak czaszka, niepodatną osłoną kostną, lecz elastycznemi więzadłami, łączącemi poszczególne kręgi ze sobą. Skoro zaś ilość krwi w mózgu zmniejszy się z jakiegobądź powodu, wraca znów do jamy czaszkowéj odpowiednia ilość cieczy mózgo-rdzeniowéj, zostającéj pod siłą napiętych więzadeł międzykręgowych.

W stosunkach patologicznych natomiast, kiedy pojemność jamy czaszkowéj zostaje zmniejszoną przez jakiś np. guz, szybko wewnątrz czaszki się rozwijający do tego stopnia, że wspomniana fizyjologiczna kompenzacyja już nie wystarcza, musi podwyższyć się parcie cieczy mózgordzeniowéj, która według znanych praw hydrostatyki ciśnie we wszystkich kierunkach z jednaką siłą na swe otoczenie, zostają ugniecione naczynia włosowate i powstaje ogólna niedokrewność mózgu, w następstwie któréj występują również

ogólne objawy tak zwanego ucisku mózgu. Do tych objawów ma należeć: drżenie gałek ocznych *(nystagmus)*, zaburzenia czynności serca i oddechania, kurcze i śpiączka, która przy wzrastającym ucisku mózgu kończy się śmiercią.

W tém jednak miejscu, gdzie ognisko śródczaszkowe ugniata wprost naczynia włosowate mózgu, musi być, jak sądzą, niedokrewność najwybitniejszą, a tém samém funkcyje tkanki mózgowéj muszą być w tém miejscu najwięcéj upośledzone. Z tego względu więc oprócz wspomnianych objawów ogólnych występują także objawy tak zwane miejscowe, które pojawiają się najczęściéj w postaci porażeń połowiczych.

Na poparcie téj nauki o ucisku mózgu służyć miały przedewszystkiém doświadczenia, wykonane na zwierzętach celem wywołania podwyższonego parcia cieczy mózgo-rdzeniowéj. Powszechnie przyjęto w tym kierunku metodę Leydena, który w ten sposób postępował. Otworzywszy za pomocą trepanu czaszkę psa, wycinał ostrożnie odpowiednią część osłony twardéj mózgu i wśrubował w otwór trepanacyjny metalową rurkę połączoną z manometrem rtęciowym. Do wolnego końca manometru przytwierdzoną była długa rurka gumowa wypełniona wodą, gdy tymczasem w rurce łączącéj manometr z otworem trepanacyjnym znajdował się słaby rozczyn soli kuchennéj i białka. Za każdém podniesieniem wolnéj rurki, wypełnionéj wodą, przenosiło się parcie wody, w ten sposób wywołane, najprzód na rtęć zawartą w manometrze, a następnie na rozczyn soli kuchennéj, która teraz, wciskając się do jamy czaszkowéj, miała wywoływać ucisk mózgu. Według stanu rtęci w manometrze odczytywano siłę ucisku.

Z tych doświadczeń okazało się, że każdéj wysokości parcia odpowiada pewien objaw chorobowy i że przy wzrastającym ucisku powstaje niespokój i ból głowy, nieregularność, zmniejszenie, a wreszcie zawieszenie czynności serca i płuc, drżenie gałek ocznych, rozszerzenie źrenic, czasem wymioty i oddawanie kału, kurcze w zakresie mięśni karku, grzbietu i odnóg, a w końcu, jeżeli ucisk śródczaszkowy wzrósł do 180 lub 190mm. rtęci i jeżeli na tym stopniu utrzymywał się przynajmniéj przez 6 minut, śmierć.

Że przy tych doświadczeniach płyn wciśnięty do jamy czaszkowéj nie inaczéj działał, jak tylko przez podwyższenie parcia cieczy mózgordzeniowéj i sprowadzenie tym sposobem ogólnéj niedokrewności mózgu, zdawało się nie ulegać najmniejszéj wątpliwości. Sądzono bowiem, że jeżeli parcie wtłoczonego płynu wynoszące 180mm. rtęci wystarcza do zabicia zwierzęcia a nie zdoła wcale ugnieść mózgu, to parcie to zabijać musi nie przez ugniecenie mózgu, lecz przez zamknięcie naczyń krwionośnych, co tém więcéj zgadzać się miało z prawdą, jeżeli uwzględniono, że parcie 180mm. odpowiadające mniéj więcéj parciu krwi w tętnicy szyjnéj wstrzymać musiało dopływ krwi do mózgu.

Ucisk więc śródczaszkowy równa się pod względem swego działania w zupełności doświadczeniom Kussmaula i Tennera, którzy przez podwiązanie naczyń, dowożących krew do mózgu, tamowali dopływ krwi do mózgu. Tak samo tu jak i tam występowały opisane objawy w kolejnym porządku, a gdy wstrzymano dopływ krwi do mózgu przynajmniéj przez 6 minut, zwierzę również zdychało.

Nauka ta o ucisku mózgu była do niedawna powszechnie przyjętą, a liczne prace doświadczalne w tym zakresie podjęte starały się nowemi dowodami poprzeć prawdziwość téj nauki.

Dopiero prof. Adamkiewicz w pracy „o ucisku mózgu" (*Die Lehre vom Hirndruck und die Pathologie der Hirncompression.* Rozprawy wied. Akad. Umiej. 1883, tom 88) przedstawił tę naukę we właściwém świetle. Pobudką do badań w tym kierunku był przypadek mięsaka usadowionego w rdzeniu pacierzowym. Przypadek ten wykazał, że istota nerwowa jest zdolną znieść ucisk bez żadnych zaburzeń w swéj czynności. Na podstawie tego spostrzeżenia zajął się prof. Adamkiewicz gorliwie krytyczném ocenieniem skreślonéj nauki o ucisku mózgu.

Już samo roztrząśnienie stosunków anatomicznych nie pozwoliło mu wątpić, że wstrzykiwanie do jamy czaszkowéj wykonane metodą leydenowską nie mogły podwyższyć parcia cieczy mózgordzeniowéj. Wszystkie bowiem przestwory podpajęcze mózgu i rdzenia wspólniczą (jak to Althann, Key i Retzius wykazali) nietylko między sobą, lecz także za pośrednictwem otworu Magendiego z komórkami mózgu i łączą się z obwodowemi naczyniami limfatycznemi drogą pochewek osłony pajęczéj otaczających wszystkie nerwy, które wychodzą z mózgu i rdzenia. Nadto zostają przestwory podpajęcze w związku z żyłami istoty gąbczastéj kości czaszkowych za pośrednictwem ziarnistości Pacchiona, jak to Luschka udowodnił. Wobec tych stosunków łatwo pojąć, że ciecz wstrzyknięta do jamy czaszkowéj, rozdzielając się zaraz na tysiączne strumienie wypływa z czaszki wszystkiemi skreślonemi drogami i że doznając w tém przepływaniu znacznych oporów nie może nigdy osiągnąć wydatniejszego parcia. Z tego zaś wynika, że metoda Leydena nie zdołała podwyższyć parcia śródczaszkowego, gdyż ciśnienie, jakiego wśród wpierania cieczy do jamy czaszkowéj użyto, służyło tylko do tego, aby cieczy wstrzykniętéj nadać pewną chyżość podczas jéj przepływania przez mózg. Jakże więc należy tłumaczyć objawy otrzymane przez doświadczenia Leydena?

Aby dać odpowiedź na to pytanie, wstrzykiwał prof. Adamkiewicz słaby (0·6%) rozczyn soli kuchennéj do obwodowego końca tętnicy szyjnéj królika. Rozczyn ten wciskając się do naczyń włosowatych mózgu kosztem krwi, wywoływał niedokrewność mózgu, a wydostawszy się z naczyń wsiąkał w tkankę mózgową. Już po wstrzyknięciu pierwszych dwóch lub trzech centymetrów sześciennych pojawiało się drżenie gałek ocznych i zaburzenia w czynności serca i oddechania, a przy dalszych wstrzykiwaniach kurcze, a wreszcie stan ogólnego porażenia. Objawy te odpowiadają, jak widzimy, objawom otrzymanym przez doświadczenia Leydena. Jeżeli atoli nie ulega z jednéj strony najmniejszéj wątpliwości, że rozczyn soli kuchennéj przesiąkający tkankę mózgową sprowadza przez drażnienie mózgu wspomniane objawy, to łatwo z drugiéj strony wysnuć wniosek, że wstrzykiwania leydenowskie były również bodźcem drażniącym mózg, i to skutkiem przesiąknięcia tkanki mózgowéj cieczą wpartą przez otwór trepanacyjny do wnętrza czaszki.

Wniosek ten jest niepośledniéj doniosłości. Wskazuje on bowiem, że i inne znane bodźce fizyjologiczne wywołać muszą podobne objawy. Tak téż jest w istocie. Zimna ciecz wstrzyknięta do mózgu wywołuje gwałtowniejsze objawy mózgowe. Woda destylowana, która w ogólności więcéj zabójczo działa na tkankę niż słaby rozczyn soli kuchennéj, sprowadza po wstrzyknięciu do tętnicy szyjnéj silniejsze także objawy. Środki żrące, jak amonijak, wywołują jeszcze cięższe objawy mózgowe. Że bodźce mechaniczne, drażniąc mózg wywołują również cały wspomniany szereg objawów,

wynika z doświadczeń Goltza, który niszcząc zwierzętom mózg za pomocą silnego strumienia wody, zauważył zawsze przy tém zwolnienie tętna i oddechania. Również doświadczeń Dureta nie można w inny sposób tłumaczyć, jak tylko drażnieniem mózgu. Duret chcąc wywołać wstrząs mózgu wstrzykiwał ciecz do jamy czaszkowéj ze znaczną siłą. Mimo licznych zranień mózgu i jego osłon nie otrzymał innych objawów, jak tylko wspomniane objawy podrażnienia mózgu. Natomiast Koch i Filehne przekonali się, że ciągłe rytmiczne uderzanie młotkiem czaszki zwierzęcia, mimo tego, że nie raniło wcale mózgu, wywołało również te same objawy, które Duret dopiero po tak silnych zranieniach mózgu otrzymał. Wreszcie doświadczenia nad hypnotyzmem uczą, że ustawiczne drażnienie niektórych nerwów zmysłowych, a więc wcale niemateryjalny wpływ działający na mózg, zwalnia czynność serca i płuc, sprowadza kurcze itp.

Skoro jednak niedokrewność i przesiąknienie tkanki mózgowéj, wpływy termiczne i chemiczne, bodźce elektryczne i mechaniczne, wstrząśnienia molekularne i wpływy niemateryjalne pobudzają mózg do jednego i tego samego odczynu — i skoro to oddziaływanie przedstawia się zawsze w postaci jednakich objawów podrażnienia i porażenia mózgu, wtedy musimy koniecznie wysnuć wniosek, że wszystkie owe wpływy, aczkolwiek tak różnorodnéj przyrody, odgrywają względem mózgu rolę pojedynczych bodźców i że na odwrót mózg zachowuje się wobec tych bodźców, jak pojedyńczy nerw. Podobnie bowiem, jak np. nerw ruchowy odpowiada zawsze na jakikolwiekbądź bodziec skurczem odpowiedniego mięśnia, tak téż i mózg oddziaływa na wszelki rodzaj drażnienia w jednaki, właściwy sposób.

Wniosek ten ma zarazem praktyczne znaczenie. Teraz bowiem snadniéj możemy zrozumieć symptomatologiję wielu chorób mózgowych. Uwzględniwszy, że przytoczone objawy występują w kolejnym porządku tylko wtedy, jeżeli siła drażniącego bodźca stopniowo się wzmaga, musimy przyjść do przekonania, że każdy poszczególny objaw zawdzięcza swe powstanie pewnéj sile bodźca. I tak, jeżeli jakikolwiek bodziec drażni mózg tylko słabo, to z szeregu wyliczonych objawów wystąpią tylko początkowe objawy, gdy tymczasem przy bardzo silném drażnieniu, które najlepiéj określić można jako przedrażnienie, brak będzie oczywiście początkowych objawów i pojawią się zaraz objawy końcowe jak śpiączka. Zarazem widzimy, że z poszczególnych objawów tak zwanych mózgowych wnosić możemy tylko o stopniu alteracyi tkanki mózgowéj, a nie o jakości bodźca. Aby określić jakość bodźca, czyli innemi słowy, aby rozpoznać, co w danym przypadku jest przyczyną np. ogólnych kurczów, czy niedokrewność lub przekrwienie mózgu, czy zapalenie lub zmiany molekularne itp., skorzystać musimy z innych towarzyszących wskazówek.

Ze względu, że skreślona nauka o ucisku mózgu odnosi przytoczone objawy do niedokrewności mózgu, wywołanéj podwyższeniem się parcia cieczy mózgordzeniowéj, nie omieszkał prof. Adamkiewicz rozstrząsnąć krytycznie następujących jeszcze pytań:

1. Czy po zmniejszeniu pojemności jamy czaszkowéj występuje ogólna niedokrewność mózgu?

2. Jakie ciśnienie posiada ciecz mózgordzeniowa wśród prawidłowych stosunków i czy w ogólności ciśnienie to zmienia się za zmniejszeniem pojemności jamy czaszkowéj?

Mierząc parcie krwi w tętnicy i żyle szyjnéj po wprowadzeniu przez otwór trepanacyjny między kość a oponę twardą mózgu kawałeczków blaszkownicy (*laminaria*) łatwo pęczniejącéj, przekonał się prof. Adamkiewicz, że zmniejszeniu pojemności jamy czaszkowéj nie towarzyszy nigdy podwyższenie się parcia krwi w tętnicy, a zmniejszenie tegoż w żyle, co nastąpićby musiało, gdyby ognisko śródczaszkowe wywoływało rzeczywiście ogólną niedokrewność mózgu. Przeciwnie, przy doświadczeniach tych okazało się czasem, że ciśnienie zwiększa się w żyłach szyjnych. Z tego wynika, że ognisko zmniejszające pojemność jamy czaszkowéj nietylko nie sprowadza niedokrewności mózgu, lecz owszem jest czasem przyczyną zwiększonego dopływu krwi do naczyń krwionośnych mózgu.

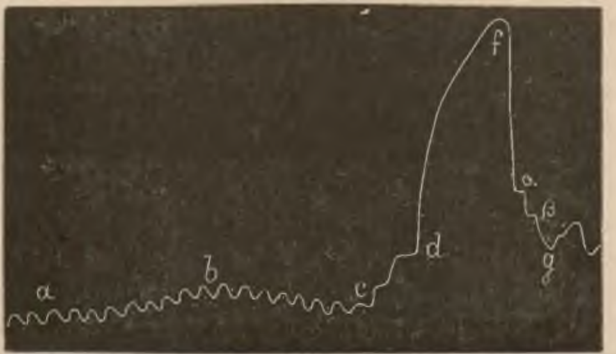
Aby dać odpowiedź na drugie pytanie, mierzył prof. Adamkiewicz ciśnienie w żyle szyjnéj, a skoro osiągnęło ono stałą wartość, otwierał czaszkę zwierzęcia za pomocą trepanu, nacinał oponę twardą i wypuszczał ciecz mózgordzeniową. Z okoliczności, że procedura ta nie miała najmniejszego wpływu na parcie krwi w żyle, wyprowadzić należy wniosek, że ciecz mózgordzeniowa posiada w prawidłowych stosunkach parcie równające się mniej więcéj parciu istniejącemu w naczyniach włosowatych mózgu. Gdyby bowiem ciecz mózgordzeniowa posiadała wyższe, a względnie niższe parcie niż krew w naczyniach włosowatych, to w chwili otworzenia opony twardéj musiałyby się naczynia mózgu rozszerzyć, a względnie zwęzić, w skutek czego krążenie w mózgu musiałoby się odbywać w pierwszym razie w pomyślniejszych, a w drugim razie w niekorzystniejszych warunkach, a tém samém ciśnienie odpływającéj krwi w żyłach musiałoby się podwyższyć, względnie obniżyć. Wobec tego przypuścić musimy, że ciśnienie cieczy mózgordzeniowéj zależy od ciśnienia krwi w naczyniach włosowatych mózgu, czyli innemi słowy, że ciecz mózgordzeniowa jest tylko przesączyną, pochodzącą z krwi, jest prostym transsudatem.

Pamiętając o tém, nie będziemy się dziwić, że ciśnienie cieczy mózgordzeniowéj nie zwiększa się, jak to dalsze doświadczenia na zwierzętach wykazały, nawet za zmniejszeniem pojemności jamy czaszkowéj za pomocą blaszkownicy. Natomiast łatwo z drugiéj strony pojąć, że wszystkie czynniki, które zwiększają parcie krwi w naczyniach włosowatych mózgu, muszą zarazem podwyższyć ciśnienie cieczy mózgordzeniowéj. Na poparcie prawdziwości tego wniosku można przytoczyć zachowanie się ciemiączka wśród różnych stosunków fizyjologicznych i patologicznych.

Zwrócenie uwagi na ten przedmiot ma tém większą doniosłość, jeżeli uwzględnimy, że wypuklenie się ciemiączka uważa dotychczasowa nauka o ucisku mózgu za wyraz istniejącego ucisku mózgu.

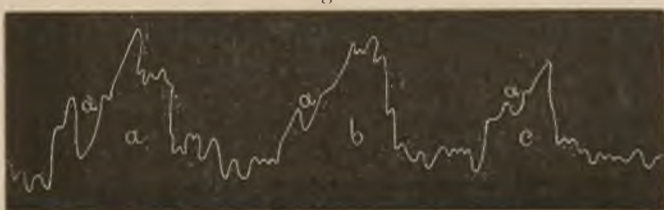
Umocowawszy nad ciemiączkiem dziecięcia pelotę Mareya i połączywszy ją z przyrządem Knolla mogłem graficznie przedstawić ruchy ciemiączka wśród różnych stosunków fizyjologicznych. Przy swobodném oddechaniu składa się krzywa, przedstawiająca ruchy ciemiączka z maleńkich fal, które w swym biegu formują większe fale. Pierwsze zależą od ruchów serca, drugie od oddechania. Część wznosząca się fali oddechania odpowiada wydechowi, a część spadająca fali jest wyrazem wdechu. Wszystkie momenty, które wstrzymują oddech, są przyczyną wybitnego wypuklenia się ciemiączka. W figurze I przedstawia *ac* ruchy ciemiączka przy swobodném oddechaniu, linija *cdfg* jest wy-

Fig. I.



razem wypuklenia się ciemiączka śród wstrzymania oddechania przez zamknięcie noska i ustek dziecięcia. *ab* oznacza wydech, *bc* wdech. Podczas gdy linija *df* wznosi się jednostajnie w górę, widoczne są na zestępującém ramieniu *fg* drobniutkie fale α, β, które odpowiadają ruchom serca. Figura II przedstawia ruchy ciemiączka wśród płaczu. Wznosząca się część głównych fal *a*, *b*, *c* odpowiada kwileniu

Fig. II.



dziecięcia w czasie wydechu. Część ta jest w każdéj fali poprzerywaną króciutkiemi wdechami (α), będącemi wyrazem łkania. Fale *a*, *b*, *c* zmniejszają się stopniowo odpowiednio do stopniowego uspokajania się dziecięcia.

Z tego wynika, że przy utrudnionem oddechaniu, a więc przy utrudnionym odpływie krwi żylnéj z mózgu czyli innemi słowy w p r z e k r w i e n i u ż y l n é m m ó z g u w y p u k l a s i ę c i e m i ą c z k o. Jaką rolę odgrywa przy tém ciecz mózgordzeniowa, łatwo ocenić. Wobec podwyższonego parcia krwi w naczyniach włosowatych mózgu skutkiem utrudnionego odpływu krwi żylnéj przesącza się więcéj cieczy z naczyń włosowatych tak, że zanim zdoła jéj nadwyżka odpłynąć wspomnianemi drogami limfatycznemi, musi się wprzód podwyższyć jéj ciśnienie, czego wyrazem jest wypuklenie się ciemiączka.

W stanach patologicznych wypukla się czasem ciemiączko bardzo znacznie. Tak np. w gruźliczém zapaleniu osłon mózgowych. I tu wykazać możemy, że przyczyną wypuklenia się ciemiączka jest przekrwienie żylne mózgu. Zdarza się to bowiem w tym okresie choroby, kiedy akcyja serca jest już znacznie osłabioną. Oczywiście, że przy słabém działaniu serca dostaje się mniéj krwi do tętnicy głównéj i że krew gromadzić się musi w żyłach.'

Że ciśnienie cieczy mózgordzeniowéj zwiększa się w przekrwieniu żylném mózgu, wykazują również te przypadki pęknięć czaszki, w których sączyła się ciecz mózgordzeniowa z ucha lub nosa. W tych razach spostrzeżono bowiem, że ciecz, która przy swobodném oddechaniu spływała tylko kroplami, płynęła strumieniem, skoro chory po głębokim wdechu, zamknąwszy sobie nos i usta, wydechał z całém natężeniem.

Ze względu, że jak doświadczenie wykazuje, ognisko śródczaszkowe nie sprowadza przekrwienia żylnego, musimy przyznać, że wypuklenie ciemiączka nie jest cechą charakteryzującą ucisk mózgu. (Dok. n.)

IV. Przyczynek do statystyki i kazuistyki nieżytu dróg oddechowych, jego następstw i powikłań.

(Urywek ze sprawozdania z oddziału chorób wewn. (B.) szpitala św. Łazarza za r. 1883).

Przez prymaryjusza Dra St. Paszkowskiego.

Ogólne wstępne uwagi.

Nie ulega wątpliwości, że sprawozdania szpitalne mogą obecnie o tyle tylko mieć jakąkolwiek wartość, o ile cyframi imponującemi albo wyświecają etyjologiję albo wykazują między wątpliwemi najlepszy sposób leczenia pewnéj choroby, naturalnie uwzględniwszy w statystyce wszelkie sprzyjające i niesprzyjające okoliczności, wynikłe ze stosunków socyjalnych, klimatycznych w ogóle hygijenicznych w miejscu leczenia (szpitalu), jakotéż i w miejscu dotychczasowego pobytu chorych.

Daleko zaszlibyśmy, gdybyśmy wszystkie te wpływy, dające dopiero życie martwéj cyfrowéj statystyce, rozbierać chcieli; z uwag tych już wynika dla nieco tylko obznajomionego z naszemi stosunkami zdrowotnemi, że procent śmiertelności ani rozstrzyga bezwzględnie o dobroci pewnéj metody leczenia, ani o nasileniu choroby, ani o sile epidemii, ani indywidualnéj większéj lub mniejszéj odporności, tylko, że te i inne jeszcze okoliczności, razem wzięte, wpływają na to, co wykazuje cyfra. Indywidualna wartość cyfer oznacza się dopiero przez dodanie dokładnego opisu każdego przypadku chorobowego; pojedyńcze przypadki chorobowe należy ważyć, nie tylko liczyć. Wzrastający z każdym rokiem ruch chorych w szpitalach naszych daje świadectwo, że warunki zdrowotne, w najobszerniejszém słowa tego znaczeniu, wcale się nie poprawiają i pod tym względem cyfry pouczają i ostrzegają. Poszczególne wątpliwe kwestyje tak co do patologii szczegółowéj jakotéż co do terapii wyświecać za pomocą statystyki można tylko z wielką ostrożnością. Ponieważ jednak głównie cyframi w niniejszém sprawozdaniu zajmować się mamy, ponieważ sprawozdania szpitalne roczne na termin robione z natury rzeczy muszą być prawie wyłącznie statystycznemi, dla tego musieliśmy na wstępie oświadczyć, że niewielką do szczegółowéj statystyki przywiązujemy wagę.

W ogóle sprawozdania takie, naszém zdaniem, bardzo względną tylko mają wartość. Nauka w ogóle idzie szybko naprzód, ale aby przedstawić ku pożytkowi ogólnemu iście coś, co pod względem naukowym w medycynie praktycznéj ma wartość nieefemeryczną, trzeba kilka lub kilkanaście lat pracy w pewnym kierunku, trzeba obserwacyj i ogromnego materyjału szpitalnego z pewnym już naprzód obmyślanym planem i dążnością. Zanim Frerichs napisał rozprawę o cukrzycy, zebrał materyjał z własnéj obserwacyi 400 przypadków téj wcale niepowszedniéj choroby. Rzecz taka ma wartość wielką a jednak stanowi tylko przyczynek do patologii téj choroby. W dzisiejszych czasach o laur na polu literatury lekarskiéj nie tak łatwo: bardzo dokładna, ścisła, bystra obserwacyja z wielkim talentem z wiedzą i długoletniém doświadczeniem powinnyby dopiero nadawać prawo do brania pióra w rękę i to w pewnéj kwestyi; u nas dzieje się często inaczéj; dla tego téż rzadko zdarza się artykuł prawdziwéj wartości. Naturalnie, że i w niemieckich i francuskich pismach lekarskich trzeba długo szukać, zanim między autorami znajdzie się taki, którego praca rzeczywiście jest pożyteczną.

W sprawozdaniu rocznćm nie podobna jest rozwodzić się szeroko nad pojedynczemi przypadkami chorobowemi, ani nawet opracować pojedyńczą grupę chorób krytycznie. O badaniu ściśle naukowém wobec braku najpotrzebniejszych do tego przyrządów, wobec braku osobnéj pracowni patologicznéj i chemicznéj, wobec nawału chorych, których zbadanie dokładne w celu rozpoznania natychmiastowego, obok wypełniania obowiązków czysto urzędowych, zajmuje dziennie kilka godzin czasu, wobec szczupłości funduszów i koniecznéj dla szpitalów krajowych zasady oszczędności jak największéj, z któréj wynika niedostateczność dozoru i posługi szpitalnéj, niedostateczność środków dyjetetycznych i leczniczych, mowy nie ma o tyle, o ile dziś praca naukowa w ścisłém słowa znaczeniu wymaga badania eksperymentalnego, anatomo-patologicznego i chemicznego. Wobec postępu chemii lekarskiéj i postępu na polu badań drobnowidowych pracownie chemicznie z dobrym mikroskopem powinny być przy każdym oddziale chorób wewnętrznych; klinika tak dalece przyswoiła sobie obecnie wszystkie metody bliższe czy dalsze badania wydzielin, krwi itd., jak również badania anatomo-patologiczne, że klinicysta rezultatem badania zadowolić się nie może, ale je sam owładnąć powinien. Wszakże do uposażenia tak idealnego podobno nietylko u nas ale i w dobrze zresztą urządzonych szpitalach za granicą, jeszcze bardzo daleko. Zakłady kliniczne zaledwie je posiadają. Następnie z powodu nawału pracy (90 łóżek średnio zajętych na oddziale) wprost jest niemożebném dla lekarza ordynującego dokładne naukowe zbadanie każdego przypadku z użyciem wszystkich metod badania. Dla tego téż sprawozdania szpitalne mogłyby, zdaniem naszém, mieć wielką wartość wtedy tylko, gdyby nie były robione na termin. Pewne choroby lub pewne grupy chorób, z ułożonym z góry planem obserwowane w celu wyjaśnienia jakiéjś kwestyi wątpliwéj co do etyjologii, patogenezy lub symptomatologii, i w tym kierunku obserwowane przez lat kilka lub kilkanaście, jak również pewna metoda leczenia przez parę lat konsekwentnie przeprowadzona, mogłyby rzeczywiście dać pożyteczne rezultaty; co do ostatniego punktu, t. j. co do leczenia, mógłby ktoś powiedzieć, że przecież szpitale są zakładami leczniczemi w ścisłém tego słowa znaczeniu, dla tego ze szpitali powinny przedewszystkiém wychodzić obserwacyje terapeutyczne. Właśnie dla tego, że szpitale krajowe są zakładami leczniczemi, właśnie dla tego, że chodzi o to, aby wyleczyć chorego w jak najkrótszym czasie, z jak najmniejszym kosztem, właśnie dla tego używać wolno tylko już wypróbowanych pewnych środków ograniczonych co do liczby farmakopeją szpitalną.

Po tych kilku uwagach przystępujemy do sprawozdania szczegółowego o nieżytach dróg oddechowych.

I. Nieżyt krtani.

Leczono 5 chorych (1m., 4 kob.), wszyscy uleczeni. Zatrudnienie: 1 wyrobnik, 2 służące, 2 wyrobnice. Wiek u 4 chorych między 14—21, u 1 choréj lat 52. Trwanie choroby średnio $12\frac{1}{2}$ dnia, średnie trwanie leczenia 8 dni.

U mężczyzny, lat 14 liczącego, istniały niestosunkowo znaczne objawy duszności i sinicy przez pierwszą dobę pobytu w szpitalu. Tłumaczą się one tém, że do istniejącego już ucisku na krtań i tchawicę przez przerosły gruczoł tarczykowy przystąpiło ostre zapalenie nieżytowe krtani i tchawicy. Po dwóch dniach chory wyszedł ze szpitala. Leczenie polegało na środkach odciągających, wykrztuśnych i uśmierzających.

U kobiet, jako powikłania, znaleziono w dwóch przypadkach nieżyt oskrzelowy i rozedmę płuçną, a po razu opryszczki *(herpes)*, bóle mięśniowe, niedokrewność i kiłę. Z wyjątkiem jednego przypadku z gorączką, jeden dzień trwającą, chorobata przebiegała bez gorączki.

II. Gruźlica krtani.

Służąca, lat 27 licząca, przyjęta 30 grudnia 1882, umarła 12 stycznia 1883. Od 9ciu miesięcy kaszel i chrypka; od kilku tygodni dreszcze, od 4 miesięcy połykanie utrudnione, od 3 miesięcy brak miesiączki. Odżywienie bardzo podupadłe, klatka piersiowa zapadła, po lewéj stronie z przodu pod obojczykiem oddech zaostrzony; obrzmienie nóg. Badanie laryngoskopowe wykazuje wrzody na obydwóch więzadłach i zupełne prawie zniszczenie nagłośni. Dnia 3go stycznia u dołu z tyłu i w pasze po lewéj stronie drobne rzężenia pokrywające wdech; wobec stanu gorączkowego i tych objawów rozpoznano zapalenie płuc rozpoczynające się po lewéj a 4 stycznia z podobnych objawów i po prawéj stronie. Wobec bardzo wybitnych zmian w krtani, które jednak nie przedstawiały w tym przypadku (jak zdaniem naszém w ogóle) żadnéj cechy swoistéj dla gruźlicy, wobec braku pewnych objawów gruźlicy w płucach, rozpoznanie wahało się pomiędzy gruźlicą a kiłą a nawet podano choréj jodek potasu w celu przekonania się *ex juvantibus* o charakterze zmian w krtani. Zauważyć należy, że u choréj, która dotychczas nie gorączkowała, wystąpiła gorączka w dwa dni po zażywaniu jodku potasu zrazu 38°, nazajutrz 39°C. i odtąd utrzymywała się stale, aby na 4 dni przed śmiercią zamienić swój typ w tor przerywany (wieczór 39 do 40, rano 37°C.). Równocześnie ze stanem gorączkowym wystąpiły rzężenia drobniutkie wilgotne, pokrywające cały wdech po stronie lewéj u dołu z tyłu i w pasze bez zmian wypukowych, zrazu uważane jako pierwszy okres zapalenia płuc, wkrótce jednak wobec braku objawów nacieku pojęto prawdziwe znaczenie tego objawu i rozpoznano następową ostrą gruźlicę. Tor gorączki przerywanéj w ostréj gruźlicy zanotować tu należy, typ ten uważaliśmy niejednokrotnie w téj chorobie, i dla tego nie zachwiał rozpoznania, które sekcyja w zupełności stwierdziła. Rozpoznanie anatomiczne: „*Ulcera tuberculosa laryngis insignia sequente destructione totius epiglottidis, bronchitis diffusa, bronchiectases diffusae, cavernae bronchiectaticae. Tuberculosis miliaris disseminata et infiltratio tuberculosa diffusa pulmonis utriusque, degeneratio caseosa glandularum bronchialium. Ulcera tuberculosa permulta intestini praecipue ilei. Hypoplasia cordis et aortae. Tumor lienis chronicus.* Ważną bardzo zmianę jako przyczynę sprzyjającą rozwojowi gruźlicy wykazała sekcyja w postaci hypoplazyi serca i tętnicy głównéj. Zserowacenia gruczołów oskrzelowych, które wykazała sekcyja, rozpoznawać nie można było, brak było bowiem objawów zwężenia tchawicy lub oskrzelów, jak rownież obrzmienia gruczołów limfatycznych badaniu przystępnych. Również i wrzodów gruźliczych w kiszkach nie rozpoznano z powodu braku wszelkich przypadków ze strony jelit. Powiększenia śledziony za życia wykazać nie można było przez obmacanie. Brak objawów klinicznych rozstrzeni oskrzelowych, również brak objawów fizycznych nacieków za życia nie pozwalały rozpoznawać tych zmian.

Przypadek ten poucza nas, że 1) zmiany gruźlicze bardzo liczne w krtani mogą istnieć przy braku pewnych zmian gruźliczych w płucach wybadać się dających. 2) Nie ma cech dla wrzodów gruźliczych i nacieków w krtani z sa-

mego wejrzenia wykazać się dających. Rozpoznanie i odróżnienie od kiły polega ostatecznie na wyniku badania ogólnego szczególniéj płuc (badanie plwocin lub wydzielin na prątki gruźlicze ułatwia teraz rozpoznanie). — 3) Jest możebném, że w istniejącéj już gruźlicy używanie jodku potasu przyspieszyć jest w stanie rozszerzenie się nacieku w tym samym, lub pojawienie się gruźlicy w innym narządzie lub wywołać gruźlicę ostrą. — 4) Zmiany w postaci rozlanych nacieków mogą być dosyć znaczne w płucach bez objawów wyraźnych za pomocą badania fizycznego wyśledzić się dających. — 5) Hypoplazyja serca i tętnicy głównéj w etyjologii gruźlicy zdaje się odgrywać ważną rolę; wykazanie jéj klinicznie jest niemożebném, tylko domyślać się jéj można z tętna małego, budowy ciała nikłéj i niedokrewności. — 6) Dosyć znaczne nawet powiększenie zsérowaciałych gruczołów oskrzelowych przebiega bez objawów klinicznych, co zależy, jak wiadomo, od lokalizacyi tychże; tylko w razie obecności objawów zwężenia tchawicy lub oskrzeli rozpoznanie téj zmiany chorobowéj jest możebne. — 7) Wybitne wrzody gruźlicze w kiszkach mogą nie wywoływać zadnych objawów. — 8) Stosunkowo znaczne rozstrzenie rozlane oskrzeli mogą się znajdować bez objawów, któreby można wykazać zapomocą auskultacyi i perkusyi, jakoteż bez obecności plwocin charakterystycznych. C. d. n.

V. Oceny i sprawozdania.

Druga seryja posiedzeń w kwestyi cholery.

W cesarskim Urzędzie zdrowia w Berlinie rozpoczął się dnia 4go maja b. r. drugi szereg posiedzeń, mających na celu rozstrzygnięcie pytań, dotyczących cholery. Virchow, jako przewodniczący komisyi, otworzył dyskusyję nad znaczeniem prątków cholery wobec nowych zdobyczy, uzyskanych w tym przedmiocie. Najprzód zabrał głos prof. Koch, zbijając krytycznie zapatrywania Finklera i Priora, Kleina, Emmericha i wywodząc wniosek, że laseczniki przecinkowe nie znajdują się nigdzie, tylko w cholerze. Następnie nadmienia, że w kale przysłanym mu z Kalkuty, a pochodzącym od 79 chorych na cholerę, udało mu się zawsze wykryć obecność laseczników przecinkowych. Przedstawiając liczny szereg hodowli laseczników z Francyi, Włoch i Niemiec, zwraca uwagę na ich zupełnie identyczne zachowanie się. Jego zdaniem lasecznik przecinkowy jest właściwy tylko cholerze, a ze względu, że można go łatwo odróżnić od wszelkich innych prątków, ma on zarazem wielkie znaczenie rozpoznawcze. Daléj kreśli Koch doświadczenia swe wykonane na świnkach morskich. Najprzód wstrzykuje im do żołądka 5cm.sz. 5% rozczynu ługu sodowego, a następnie po 20 minutach 10cm.sz. zupy mięsnéj, zawierającéj laseczniki przecinkowe. Wkrótce potém wstrzykuje im do jamy brzusznéj nastój makowca (1cm.sz. na 200grm. ciężaru zwierzęcia). Skutkiem tego zostają zwierzęta uśpione na pół lub całą godzinę. Na drugi dzień są one chore. Okazują osłabienie tylnych łapek i mięśni grzbietu i zdychają najpóźniéj w trzy dni. Sekcyja wykazuje obecność cieczy alkalicznéj w żołądku i jelitach, która zawiera prawie czystą hodowlę laseczników przecinkowych. Tego rodzaju doświadczeń wykonał 85. Ług sodowy i makowiec czynią zwierzę skłonniejszém do przyjęcia prątków w ogólności. Po wstrzyknięciu laseczników Finklera występuje w jelitach wybitne gnicie. Wielkie dawki kalomelu i naftalinu przedłużają życie chorych na cholerę zwierząt o jeden dzień. Lasecznik przecinkowy traci zdolność rozwoju przez wysuszenie lub pod wpływem środków przeciwgnilnych, jak np. $\frac{1}{2}\%$ kwasu karbolowego. Daléj wspomina Koch, że ze 150 lekarzy uczęszczających na jego kursy w cesarskim Urzędzie zdrowia zapadł jeden na choleryne. W kale tegoż chorego znajdowały się laseczniki przecinkowe. W wodzie studziennéj żyć może lasecznik cholery przez dni 30, w kanale kloacznym 7 dni, w wychodku 24 godzin, na płótnie wilgotném 3 dni, w wodzie zatoki marsylijskiéj 81 dni, a na pożywce zwanéj agar-agar więcéj niż 144 dni. Trwałéj postaci (*Dauerform*) laseczników przecinkowych nie mógł Koch wykazać.

Pettenkofer oświadcza, że doświadczeń Kocha nie można uważać za przekonywające. Natomiast, zdaniem jego, prątki Emmericha dają o wiele lepsze wyniki po ich przeszczepieniu na zwierzęta. Zwierzęta bowiem ginęły wśród objawów właściwych cholerze, a mianowicie wymiotów i biegunki. Pettenkofer nie może się na to zgodzić, aby lasecznik przecinkowy Kocha był przyczyną cholery, lecz sądzi, że w cholerze wytwarzają się takie warunki, które sprzyjają rozwojowi lasecznika przecinkowego. W ten sposób tłumaczy sobie stałe znajdowanie się laseczników przecinkowych w cholerze. Biologija prątka przecinkowego nie licuje z warunkami, wśród których szerzy się cholera. I tak wiadomo, że w Bengalu właśnie w najgorętszéj porze roku najsilniéj grasuje cholera, tymczasem posucha wstrzymuje rozwój lasecznika przecinkowego. Następnie uwydatnia mowca, że lasecznik Kocha znajduje się tylko w jelitach, podczas gdy prątki Emmericha wykazać można także wśród innych narządów. Czy prątki Emmericha są istotnie przyczyną cholery, rozstrzygnie przyszłość.

Fraenkel nadmienia, że jedynym prątkiem, podobnym do lasecznika przecinkowego, jest tylko jedna postać mętwika napotykana w ustach. Mętwik ten atoli nie rozwija się na pożywce żelatynowéj.

W końcu występuje Koch przeciw Pettenkoferowi, dowodząc, że prątki Emmericha są otrzymane przy pomocy metody, niewolnéj wcale od różnych zarzutów. Sucha pora roku nie wysusza Kalkuty, lecz zmniejsza tylko jéj wodę. Cholera nie szerzy się nigdy za pośrednictwem suchych przedmiotów. Z tego należy wysnuć wniosek, że lasecznik cholery nie istnieje w postaci tak zwanéj trwałéj. Poszukiwania, podjęte w celu otrzymania jadu z czystych hodowli lasecznika przecinkowego, uwieńczone zostały już dotychczas wynikiem dodatnim, aczkolwiek badania tego rodzaju nie są jeszcze w zupełności ukończone. (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 19, 1885). *Dr. Prus.*

Na czwartém posiedzeniu w dalszym ciągu dyskusyi nad znaczeniem prątków w cholerze zauważa prof. Pettenkofer, że ani prątki przecinkowe Kocha ani prątki Emmericha nie wyjaśniają niektórych faktów, jak np. wygaśnięcia cholery w czasie zimy i zależności jéj od pory i miejsca i twierdzi, że sztuczne, nawet udane, próby szczepienia nie wykazują sposobu naturalnego powstawania epidemii.

Virchow nie uważa doświadczeń na zwierzętach za niezbędne, gdyż nie wszystkie choroby ludzkie na zwierzęta przenieść się dają i jakkolwiek objawy u zwierząt zarażonych grzybkami Emmericha były zgodne z objawami cholery, to atoli jest wiele istot, te same objawy wywołać mogących. Wstrzykiwanie istot gnilnych do krwi zwierząt wywoływało zmiany anatomiczne i czynnościowe cholerę cechujące, dla tego też skłonnym jest do przypuszczenia, że istota cholery z istotą zakażenia gnilnego jest równorzędną,

nie identyfikując atoli obydwóch tych cierpień. Przyznając, że badania Kocha na zwierzętach przedsiębrane nie są bez zarzutu wyraża Virchow przypuszczenie, że Emmerich, który z krwi brał prątki do hodowli, mógł snadnie otrzymać hodowlę jakiegoś przypadkowego prątka. Za prątkami Kocha przemawia okoliczność, że znajdują się w kiszkach jako głównéj siedzibie choroby i że są stałymi jéj towarzyszami. Trwanie życia prątka przecinkowego wystarcza do tłumaczenia powtarzania się epidemii cholerycznéj z roku na rok. Dr. Babesch znalazł po sześciu miesiącach w hodowli krętowłoski, które są bardzo trwałe i powstają w ciepłocie niższéj, dają się jednak szybko przeprowadzić w postać przecinkową.

Po zamknięciu dyskusyi nad znaczeniem prątków w cholerze przystąpiono do omówienia kwestyi o rozszerzaniu się cholery przez wzajemny stosunek ludzi, przez pielgrzymów i okręty i o wpływie gruntu, powietrza i wody na przyrzuty choleryczne. Dr. Günther zabierając głos co do pierwszéj kwestyi, twierdzi, że rozszerzanie się cholery przez wzajemny stosunek ludzi nie zawsze może mieć miejsce i że potrzebną jest do tego dyspozycyja pory i miejsca. Prof. Hirsch zauważa, że nie każdy wzajemny stosunek ludzi pośredniczy w rozszerzaniu się cholery, ale każde rozszerzanie się téjże wywołane jest przez wzajemny stosunek ludzi. Koch wspomniawszy o nabytéj ochronności względem cholery, popiera ją przykładami i stwierdza, że cholera przez pielgrzymów i podróżnych zawleczoną być może, że atoli nie można się kusić o stwierdzenie tego we wszystkich przypadkach, lecz należy się zadowolić pewną liczbą niewątpliwie stwierdzonych faktów. Długiego trwania cholery na okrętach nie możnaby sobie wytłumaczyć przypuszczając grunt za jedyne źródło rozszerzania się téjże i z koniecznością przypuszczać należy przenoszenie się jéj z człowieka na człowieka, gdyż okres wylęgania cholery jest krótkim. Günther podaje, że okres ten trwa zwykle do 4ch dni, znane mu są atoli przypadki trwania tego okresu przez 10—17 dni. Pettenkofer nie zaprzecza nabytéj ochronności przeciw cholerze, twierdzi jednak, że ochronność miejscowa jest dla powstania epidemii rozstrzygającą. Dyspozycyja jakiegoś miejsca do epidemii zależy tak od stosunków miejscowych stałych, jak i przemijających. Wzajemny stosunek ludzi nie wystarcza do rozszerzenia się cholery. Jakkolwiek nieznany jest sposób dostawania się przyrzutu cholerycznego z lądu stałego na pokład okrętu, to jednak obecność na okręcie chorego na cholerę nie wystarcza do rozszerzenia się zarazy. Virchow oświadcza, że zwolennicy teoryi przenoszenia się cholery z człowieka na człowieka zgadzają się na to, że zarażenie nie koniecznie na drodze bezpośredniéj odbywać się musi, za czém także przemawia możliwe zarażenie się przez bieliznę chorego na cholerę, a więcéj jeszcze dowodzą kultury czyste, w których przyrzuty choleryczne po za ustrojem ludzkim żyć i rozmnażać się mogą. Te same kultury dowodzą także, że nietylko grunt musi być podłożem, na którém przyrzuty rozwijać się mogą, zwłaszcza, że dotychczas w żadnym przypadku nie wykazano obecności przyrzutów cholery w gruncie. Możliwości téj atoli wykluczyć nie można i tylko wyłączność teoryi gruntowéj odrzucać należy. W czasie epidemii cholery w r. 1871 sam obserwował przenoszenie się cholery z człowieka na człowieka a trzy osoby pielęgnujące chorego na cholerę zapadły na tę chorobę. Na okrętach, które wcale z lądem stałym nie stykały się, przydarzały się również przypadki cholery. Nie ma zatém najmniejszéj wątpliwości, że cholera bez pośrednictwa gruntu rozszerzać się może, chociaż z drugiéj strony to co nam o przyrzutach jest znaném, nie wyklucza możliwości, że przyrzuty wśród pewnych okoliczności w gruncie żyć i rozwijać się mogą. Wreszcie sądzi że porozumienie z Pettenkoferem łatwo nastąpićby mogło, gdyby tenże swoje stanowisko wyłączności teoryi porzucić zechciał. Pettenkofer odpowiada, że pierwotnie był wprawdzie za przenoszeniem się przyrzutu cholerycznego, lecz obserwacyje cholery w stosunku do miejsca i pory każą mu obecnie wyłącznie kłaść nacisk na ważność tych dwóch momentów. Mehlhausen wreszcie przytacza dwa przypadki z 1873 roku przenoszenia się cholery z człowieka na człowieka. (*Berl. klin. Woch.* 1885, Nr. 20). *W. Momidłowski.*

Dr. Krysiński: **Uiber Enteritis membranacea.** Jena, 1884.

Pod powyższym tytułem ukazała się praca rodaka naszego zawierająca ciekawe a wyczerpująco zebrane szczegóły o chorobie, na którą dopiero przed półtoradziesiątkiem lat zwrócono uwagę. Jestto choroba jelit nagabująca przedewszystkiém osoby nerwowe, a więc kobiety histeryczne, rzadziéj mężczyzn hipochondryków, odznaczająca się uporczywym przebiegiem i nieustępująca, jak dotąd, żadnym środkom leczniczym. Wypróżnienia jelit są właśnie w téj chorobie bardzo charakterystyczne, bo zawierają grudki śluzu, mające kształt walcowaty a nawet błoniasty i składające się z mucynu i ciał białkowatych. Pod drobnowidem przedstawiają się one jako stłuszczone komórki przybłonkowe i komórki okrągłe ziarniste. Mimo uporczywości swéj choroba ta nigdy dotąd nie była bezpośrednią przyczyną śmierci i dla tego nie było sposobności zbadać anatomicznych zmian. Najczęściéj dotąd można się było z nią spotkać w dziennikach fachowych amerykańskich a z niemieckich autorów poświęcił Nothnagel naszéj chorobie osobny ustęp w swych przyczynkach do fizyjologii i patologii jelit.

Sam Dr. K. był w tém korzystném położeniu, że mógł obserwować aż 6 przypadków tego rodzaju i doszedł do odmiennych nieco wyników, aniżeli jego poprzednicy.

Wszystkie przypadki autora odnoszą się do kobiet nerwowych, stojących u kresu miesiączkowania i cierpiących od dziesiątków lat na uporczywe nieżyty jelit z przeważném zatrzymaniem wypróżnień kałowych, przerywaném od czasu do czasu obfitemi biegunkami. Chorzy nie czują przy oddawaniu stolca żadnego prawie parcia, natomiast jeżeli wypróżnienie z jakiejkolwiek przyczyny wstrzymaném zostanie, skarżą się na boleści, rozdęcie, przyczém nie można obmacywaniem ani opukiwaniem wykazać znaczniejszego wypełnienia jelit. Stan ogólny cierpi przytém znacznie i obok odbijania, bólu głowy, występują różne nerwowe przypady, których rodzaj zależy od indywidualności chorych. Apetyt ustaje i chorych trudno nakłonić do jedzenia, bo każda potrawa, choćby najwięcéj wyszukana, budzi w nich wstręt nieprzezwyciężony; dla tego jedzą naraz bardzo mało, a natomiast bardzo często czują, bo mniéj więcéj co 2 godziny, potrzebę jedzenia. Jeżeli téj chęci nie stanie się zadość, to można przewidywać, że nastąpi znaczny upadek sił i w razie niezaspokojenia fałszywego czy prawdziwego głodu ustaje chęć do jedzenia na dłuższy czas. Niestrawność prawie zawsze towarzyszy téj chorobie, obok tego często występują przypady nieżytu żołądka. Najłatwiéj stosunkowo trawią chorzy mięso, istoty skrobiowate, mleko, ale to ostatnie tylko z kawą, czekoladą lub herbatą, wreszcie jaja w potrawach. Owoce, nawet zupełnie dojrzałe, szkodzą prawie zawsze. Ja-

rzyny zaś w małych ilościach spożyte wprawdzie nie szkodzą, ale przechodzą niestrawione przez przewód pokarmowy. Co się wreszcie tyczy przypraw korzennych, to chorzy chciwie je spożywają ale rzadko bez szkody.

Podczas kiedy ilość bezwzględna i pożywność pokarmów spożytych w jednéj dobie jest znacznie zmniejszoną, wypróżnienia w tymże przeciągu czasu, nie rachując nawet części płynnych, przewyższają swym ciężarem wypróżnienia człowieka zdrowego, żyjącego mięszanemi pokarmami. Ponieważ wypróżnienia prawie nigdy nie obywają się bez sztucznéj pomocy, czy to w formie lawatyw, czy téż środków przeczyszczających, dla tego właściwie trudno mówić o normalnym stanie wypróżnień; tyle wszakże jest pewném, że większe bryły kału rzadko tylko można było spostrzedz. Obok drobnych tylko grudek kału napotykamy zawsze masę śluzową, w kształcie bryłek odosobnionych i wolno w cieczy stolcowéj pływających lub zmięszanych z bryłkami kału.

Bóle przy oddawaniu stolca nadzwyczaj rzadko występują, zwłaszcza jeżeli się chorym pomaga lawatywami, dla tego niesłusznie Nothnagel stara się zidentyfikować tę chorobę z morzyskiem; a jeżeli ci chorzy z większą skrupulatnością starają się o wypróżnienie, pochodzi ztąd, że znają z doświadczenia skutki, jakie pociąga za sobą najmniejsze zaniedbanie w tym kierunku.

Najwięcéj charakterystycznym objawem w téj chorobie jest wydzielanie śluzu, o pewnych ściśle określonych własnościach. Jeżeli się masy śluzowe bada zaraz po oddaniu stolca, to przedstawiają się one w postaci białawéj, przeźroczystéj, galaretowatéj masy, mającéj często kształt walcowaty a przy dokładniejszém oglądaniu widzimy, że walec taki składa się z pojedynczych błon. Niekiedy, zwłaszcza jeżeli w stolcu jest zawarta większa ilość cieczy, nie widać większéj bryły śluzu, tylko pływające w cieczy strzępki. Średnica wspomnianych wałeczkowatych postronków waha się między 3 do 15mm. (Dok. nast.).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie Tow. lek. krak. z dnia 22 kwietnia 1885 r.

Przewodniczący kol. prof. Rosner. Członków obecnych 23. Jako goście Drowie Sopiński z Bihacza i Smoleński z Jaworza.

1) Kol. prof. Adamkiewicz mówił „o ciałkach nerwowych i wynikach nowéj metody barwienia safraniną układu nerwowego“ popierając wykład szeregiem odpowiednich preparatów drobnowidowych.

2) Kol. Schramm omówił przypadek obustronnego *genu valgum*, wysokiego stopnia, operowanego przez siebie w klinice chirurgicznéj na jedném kolanie przez osteotomiję Macewena, na drugiém przez założenie opatrunku gipsowego metodą Mikulicza, przyczém przedstawił pacyjenta, na którym świetny wynik zabiegów chirurgicznych ocenić było można.

3) Wybrano jednomyślnie członkiem korespondentem Dra Jabłonowskiego z Bagdadu. *Dr. Dobruchowski.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w kwietniu 1885.

Tyfus brzuszny, który w marcu panował w 103 miejscowościach 34 powiatów, rozszerzył się w kwietniu na 114 miejscowości w 35 powiatach. Nawiedzonych tą chorobą gmin najwięcéj było w powiecie mościskim (11 gmin), grodeckim (9 gmin), jaworowskim (8 gmin), żółkiewskim i niskim (po 7 gmin), w przemyskim, rawskim i zaleszczyckim (po 5 gmin), w innych powiatach mniéj. W powyżéj wykazanych powiatach z wyjątkiem niskiego i zaleszczyckiego panował tyfus brzuszny także i w marcu i w lutym z największém nasileniem, i te powiaty graniczą z sobą.

Z 2923 chorych na tyfus brzuszny leczonych w kwietniu rb. wyzdrowiało 1834 czyli 62·7%, umarło 215, czyli 74·%, pozostało w leczeniu 874 osób.

Więcéj jak 50 chorych w jednéj gminie stwierdzono: w powiecie żółkiewskim w gminach Dzibułki (113), Bojaniec (106) i Dobrosiu (62); w powiecie czortkowskim w gminie Kosowie (111), w pow. złoczowskim w gm. Kontach (106), w powiecie grodeckim w Bratkowicach (95 chorych w części na tyfus brzuszny w części na tyfus plamisty), w pow. zaleszczyckim w Rożanówce (69), w pow. mościskim w Starzawie (64), w powiecie rzeszowskim w Trzebowisku (59), w pow. przemyskim w Nienadowy (52) i Sierakościach (59 chorych).

Tyfus plamisty jeszcze bardziéj się rozpowszechnił, i tak gdy w marcu panował w 45 miejscowościach 20 powiatów, stwierdzono go w kwietniu w 65 miejscowościach 24 powiatów, głównie w powiecie drohobyckim i samborskim (w każdym po 8 gmin), nadto w powiecie staromiejskim (w 4 gm.), w brzeżańskim (w 4 gm.), w rohatyńskim (w 3 gminach) i w tarnopolskim w (w 4 gm.)

Liczba chorych leczonych w kwietniu = 1752 a zatém niemal dwa razy tyle co w marcu (1052); z tych wyzdrowiało 1021 czyli 58·3%, umarło 109 czyli 6·2%, pozostało w leczeniu 622 osób.

Więcéj niż 50 chorych w jednéj gminie stwierdzono: w powiecie drohobyckim w gminach Dołhe ad Medenice 92 chorych, w Słonsku 72 chorych i w Rabczycach 57 chorych; w powiecie brzeżańskim w miasteczku Kozłowie 66 chorych; w mieście Jaworowie 57 chorych; w powiecie rohatyńskim w Babińcach 54 i w Demeszkowcach 58 chorych; w powiecie staromiejskim w Staropopie 88 chorych; w końcu w powiecie rzeszowskim w Woli zgłobieńskiéj 78 chorych.

Dyfteryję stwierdzono w czterech miejscowościach czterech powiatów z cechą sporadyczną; tylko w jednéj gminie powiatu buczackiego wymarli wszyscy chorzy tj. 12 osób, zresztą był przebieg łagodny, z 74 leczonych w kwietniu chorych wyzdrowiało 54 czyli 73%, umarło 15 czyli 20·3%, pozostało w leczeniu w jednéj gminie powiatu żywieckiego 5 osób.

Szkarlatyna, która głównie w listopadzie do połowy grudnia r. 1884 panowała, zmniejszała się w styczniu, w lutym i w marcu stopniowo, w ciągu zaś kwietnia nieco więcéj się rozszerzyła, stwierdzono ją bowiem w 26 miejscowościach 18tu powiatów. Z 593 leczonych w tym miesiącu chorych, wyzdrowiało 379 czyli 63·9%, umarło 78 czyli 13·2%, pozostało w leczeniu 136 osób.

Odra znacznie się zmniejszyła; podczas gdy w marcu stwierdzono ją w 126 miejscowościach 28 powiatów. W kwietniu stwierdzono ją tylko w 91 miejscowościach 27 powiatów, przeważnie w powiecie żywieckim (w 26 miejscowościach)

Z 4710 leczonych w kwietniu chorych wyzdrowiało 3127 czyli 66·4%, umarło 214 czyli 4·5%, pozostało w leczeniu 1369, w samym zaś powiecie żywieckim leczono w kwietniu 2122 chorych, z tych wyzdrowiało 1507, umarło 88, pozostało w leczeniu 527 osób.

Czerwonka zaczyna znowu się pojawiać, stwierdzono ją w trzech gminach dwu powiatów. Z 38 leczonych chorych, wyzdrowiało 13, umarło 7 czyli 18%, pozostało 18 osób.

Krztusiec coraz bardziéj wygasa, stwierdzono go w kwietniu w 41 miejscowościach w 21 powiatach, szczególnie w powiecie mościskim, złoczowskim i stanisławowskim.

Z 1922 leczonych chorych wyzdrowiało 1418 czyli 73·8%, umarło 109 czyli 5·7%, pozostało 395 osób w leczeniu w 17 miejscowościach.

Ospa panowała w kwietniu w tych samych niemal powiatach jak w marcu, z wyjątkiem, iż w powiecie sokalskim i myślenickim stwierdzono wybuch w tym ostatnim miesiącu. Liczba chorych leczonych w całym kraju w kwietniu równa się liczbie z marca, jakkolwiek ilość nawiedzonych tą chorobą gmin w kwietniu jest nieco większą (68 przeciw 65). W stolicy kraju ospa zaczyna się zmniejszać; i tak z końcem marca pozostało we Lwowie 37 osób ospą dotkniętych, do tego przybyło w ciągu kwietnia 93 osób tak, iż ogółem doszło do wiadomości urzędowéj 130 przypadków choroby, z tych wyzdrowiało 62, umarło 41 pozostało w leczeniu z końcem kwietnia 27 osób.

Najwięcéj dotkniętych ospą gmin (17) było w powiecie sądeckim (zarówno w marcu). Z 302 leczonych w kwietniu chorych (w marcu 427) wyzdrowiało 231, umarło 44, pozostało w leczeniu 27 osób, a zatém choroba przygasa w tym powiecie.

W ogóle zaś w całym kraju stwierdzono w 68 gminach w 20 powiatach 1137 przypadków choroby, z tych wyzdrowiało 501 szczepionych czyli 68%, 205 nieszczepionych, umarło 49 szczepionych czyli 6·7%, nieszczepionych 96 czyli 24%; pozostało w łeczeniu 186 szczepionych i 100 nieszczepionych.

Znaczniejszą ilość chorych stwierdzono: w Rajbrocie w pow. bocheńskim (70 chorych), w Rozdzielu (29) i w Sękowy (32), w pow. gorlickim; w Nowosiołkach (56) w pow. kamioneckim: w Krynicy (25), w Jastrzębniku (56), w Szczawniku (49), i w Muszynie (34), w powiecie sądeckim; w miasteczku Bełzie (29), i w Sokalu (25), w powiecie sokalskim, wreszcie w Kłodzie (30), w pow. żółkiewskim.

Lwów dnia 13 maja 1885 r.

Dr. Józef Merunowicz.

* **Cholera**. W Bergamo w Lombardyi sprawdzono przypadek cholery azyjatyckiéj u szmaciarza 70-letniego. Człowiek ten przechowywał bieliznę i odzież, pochodzącą od zeszłorocznych chorych na cholerę. Zdawałoby się więc, że twierdzenie Kocha, jako lasecznik choleryczny trzymać się może tylko przez czas bardzo krótki, nie jest uzasadnioném. Ów starzec atoli wyzdrowiał a nowego przypadku cholery w mieście nie było, zachodzi więc pytanie, czy to była rzeczywiście cholera azyjatycka.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 19—25 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 37,4. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 2 (1 z. t.); z błonicy 0 (2 z. t.); z róży 1 (0 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 3 przypadkach odry, 3 płonicy, 2 duru brzusznego, 2 duru osutkowego (ze wsi). W tygodniu od 12—18 kwietnia umarło z ospy w Londynie 41. Leczyło się w szpitalach 1154, świeżo zapadło 350. W Wiedniu umarło z ospy 23, w Warszawie, Petersburgu, Odesie i Wenecyi po 5, w Bombayu i Kalkucie po 7, w Bazylei 4, w Paryżu i Rzymie po 3, w Liwerpolu, Manchester, Zurychu i Aleksandryi po 2, w Pradze i Genewie po 1. Z duru osutkowego umarło w Amsterdamie, Petersburgu po 1, w Londynie 2. Z cholery umarło w Kalkucie (od 1—7 marca) 29, w Madrasie (od 7—13 marca) 4, w Bombayu (od 11—17 marca) 49.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 12—18 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 39,5; w Warszawie 28,2; w Poznaniu 25,3; w Wiedniu 30,1; w Pradze 32.5; w Berlinie 21,6; w Hamburgu 26,6 w Gdańsku 27,9; we Wrocławiu 29,4; w Mnichowie 34,3; w Dreźnie 23,7; w Lipsku 23,4; w Bazylei 37,0; w Brukseli 27,2; w Amsterdamie 25,2; w Hadze 24,7; w Paryżu 28,4; w Londynie 21,8; w Kopenhadze 26.6; w Stokholmie 28,4; w Chrystyjanii 17,1; w Petersburgu 39,0; w Odesie 33,7; w Rzymie 24.0; w Wenecyi 27,1; w Bukareszcie 29,4; w Aleksandryi 36,9; w Nowym Yorku 26,9; w Filadelfii 23,7; w Bombayu 33,0; w Madrasie 41,1. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 maja. Prezydent miasta naszego wydał okólnik do właścicieli domów i mieszkańców z poleceniem przestrzegania jak największéj czystości wobec wcześniejszego niż zwykle nastania w roku bieżącym pory ciepłéj. W okólniku kilkadziesiąt wyliczonych jest szczegółów, na które zwrócić należy uwagę. Polecenie to bardzo było na czasie, albowiem pod względem nieczystości Kraków przoduje, tak jak pod względem śmiertelności, a niepodobna nieprzypuścić pewnego związku przyczynowego pomiędzy jedną a drugą. Pożądaném byłoby, aby organa wykonawcze z największą ścisłością pilnowały przeprowadzenia zarządzeń prezydenta miasta, które wtedy dopiero, jeżeli istotnie zostaną wykonane, staną się dla miasta naszego dobroczynnemi.

* Z polecenia komisyi higijenicznéj Wystawy powszechnéj w Budapeszcie fizyk komitatu semplińskiego, Dr. Chyzer, wydał rzecz o zdrojowiskach węgierskich w języku węgierskim, niemieckim i francuskim. Jestto dokładne i wyczerpujące zestawienie wszystkich miejsc leczniczych w kraju sąsiednim a każdy zwiedzający wystawę otrzymuje bezpłatnie egzemplarz tego dzieła.

C Francuski minister handlu ustanowił nowy medal honorowy dla osób, które się szczególniéj odznaczyły poświęceniem w ciągu epidemij. Na medalu tym znajduje się na jednéj stronie wyobrażenie Rzeczypospolitéj, a na odwrotnéj napis Ministerstwo handlu oraz Poświęcenie, Epidemije obok nazwiska tytułu i miejsca zamieszkania tym medalem odznaczonego.

* **Praga czeska**. W Nrze 19 Časopisu lek. česk. spotykamy korespondencyję z Krakowa o stosunkach uniwersyteckich. — D. 5 bm. zasłużony prof. Dr. Antoni Frič obchodził 25-letni jubileusz zawodu nauczycielskiego.

* W Cieplicach czeskich do d. 4 bm. było gości 182.

* **Wiedeń**. Profesor i prymaryjusz Dr. Dittel obchodzić będzie temi dniami urodziny swoje 70te.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin**. Dr. H. Krause habilitował się jako docent laryngologii i rynologii. — W zastępstwie prof. Senatora, powołanego do kierowania kliniką Frerichsa, prof. Litten objął oddział Senatora w Charité. — **Getynga**. Prof. Henle zaniemógł ciężko i w półroczu letniém nie wykłada. — **Praga czeska**. Dr. Karol Bayer potwierdzony został jako docent chirurgii w Wydziale lek. niemieckim.

* **Mianowania**. Koncypista lekarski w Namiestnictwie dalmatyńskiém Dr. Wojciech Bohata mianowany został radzcą namiestnictwa i referentem spraw lekarskich w Dalmacyi.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. n. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Szymon Bernadzikowski z Lipnicy, Władysław Harajewicz i Teofil Bąkowski obaj z Krakowa.

* **Nekrologija**. W Kopenhadze umarł słynny fizyjolog i patolog prof. Panum, w roku przeszłym prezes Zjazdu międzynarodowego. Urodzony 19 grudnia 1820 w Rönne na wyspie Bornholm uczył się w Kielu i Kopenhadze, w r. 1853 mianowany został profesorem w Kielu a w r. 1863 profesorem fizyjologii w Kopenhadze. Z licznych jego prac najgłośniejsze są prace o infekcyi gnilnéj, transfuzyi, o embolii, o potworach i powstaniu wrzodu żołądka. — W Moskwie umarł radzca stanu Dr. Antoni Schmidt, znany chirurg. — Na wybrzeżu zachodnio-afrykańskiém umarł jeneralny konsul niamiecki Dr. Gustaw Nachtigal, słynny podróżnik i jeograf, ur. w r. 1834, b. lekarz wojskowy a późniéj lekarz przyboczny Beja tunetańskiego.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 19: Obalińskiego: Szkice hernijologiczne (dok.); Gromadzkiego: Przytułek dla rodzących Nr. 4 na Pradze i jego dotychczasowa działalność. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 19: Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze (c. d.); Szaniawskiego: Przebieg ciepłoty u chorych na różę.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Kornel CHYZER: Die Kurorte und Heilquellen Ungarns. S. A. Ujhely 1885, in 12mo str. 92.

Zamiast posiedzenia środowego Tow. lek. odbędzie się w niedzielę d. 17 bm. o godz. 12 w południe w pracowni prof. Mikulicza (ul. kolejowa 15) demonstracyja przyrządów, używanych do prac bakteryjologicznych, przez Dra Bossowskiego.

Na fundusz portretu śp. prof. Kozubowskiego złożyli: Dr. Gąsiorowski z Wiśnicza 2 złr., Dr. Janowski z Drohobycza 10 złr., Dr. Kwaśniewski z Lublina (10 rs.=) 12 złr. 30 kr., Dr. Podobiński z Wieliczki 1 złr., Dr. Rychlicki z Jaworznia 3 złr., Dr. Serkowski ze Stryja 3 złr.,—co łącznie z poprzednio złożonemi czyni kwotę 240 złr. 15 kr.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 23 maja 1885. **№ 21.** **Rok XXIV.**

I. O metodach badania i hodowli bakteryj, jakotéż o związku tychże z chorobami zakaźnemi.

(Rzecz odczytana na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego z d. 6 maja)

przez Dra Bossowskiego,
elewa kliniki chirurgicznéj w Krakowie.

Panowie! Nauka o pasorzytach drobnowidowych oparta na powadze bezpośredniego doświadczenia nie zbyt odległéj sięga przeszłości. Pierwsze pewne daty w téj mierze odnoszą się do r. 1828, gdy Ehrenberg odkrył w wodzie i kurzu twory mikroskopowe, a zaliczył je do wymoczków. W dziesięć lat późniéj Schwann proces fermentacyi i gnicia tłumaczy przez działanie organizmów, w które obfituje trwale powietrze atmosferyczne. Odtąd rozpoczyna się walka między badaczami szukającymi na drodze chemicznéj wyjaśnienia gnicia i kiśnienia, a zwolennikami świeżo rozbudzonéj teoryi żyjątek. Na czele pierwszych stanął Liebig i Hoppe-Seyler, niespożyte zasługi w kierunku drugim położył Pasteur, pomimo że poglądy jego z biegiem czasu pod wpływem dalszych doświadczeń i udoskonalonego badania znacznym uległy przemianom.

Prawie równocześnie z podjęciem zabiegów celem wyjaśnienia sprawy gnicia i fermentacyi budzi się żywsze zajęcie około chorób zakaźnych i ożywia się dawno rzucona myśl co do analogicznéj ich przyczyny i pochodzenia. Lecz tutaj utrudniona i żmudniejsza droga, częściéj prowadząca na manowce, opóźniła stwierdzenie domysłów i rozumowań pełnych wprawdzie bystrości i siły przewidywania bez podstawy jednak dowodowéj. Tak wzięła początek gałąź nauki, zwana dziś bakteryjologiją, odkrywająca nam świat całkiem nowy, dawniéj nieznany, częstokroć stojący na granicy widzenia, którego naturę roślinną ugruntował pierwszy Cohn a Nägeli ochrzcił mianem schizomycetów, działkogrzybków. Wykrycie przez Pollendera w r. 1855 tworów prątkowych krwi w przebiegu wąglika, stwierdzone bezpośrednim dowodem ich siły zakaźnéj, zdawało się już zapowiadać piękną i bogatą w rezultaty przyszłość. Nie brakło téż badaczy, którzy zachęceni dotychczasowém powodzeniem z gorączkowym pośpiechem jęli się dalszych prac w tym kierunku, których jednak wyniki nie oparte na ścisłém doświadczeniu i dla tego niewolne od błędów zachwiały na długo przekonanie i wiarę w całą naukę, wstrząsnęły tak mozolnie zdobytemi już pewnikami. Lecz klęska ta nie była snać wystarczającą, bo niemniéj i dziś jeszcze, gdy dalsze sumienne i genijalne prace na udoskonalonych metodach oparte wskrzesiły na nowo ducha i wzbudziły dla siebie uznanie, spotkać się można z nieoględnymi pracownikami, którzy niepomni na ważność przedmiotu, z dziwną, choć podziwienia godną, szybkością odkrywają światu własne błędy i usterki, narażając w ten sposób naukę na zarzut i powątpiewanie.

Niedający się zaprzeczyć postęp w rozwoju nauki mikroorganizmów zapisać trzeba od chwili, gdy odkryte ustroje poczęto hodować na odpowiednich sztucznych materyjałach odżywczych celem poznania warunków i objawów ich życia, jakotéż sposobu ich działania. Pochop w tym kierunku dany już przez Pasteura podtrzymywali daléj skutecznie Klebs i Cohn a nie mało również na tém polu działali Nägeli i Brefeld. Myśl sama przez się cenna i wiele obiecująca, trudniejsza była do przeprowadzenia, niżli się to zdawało pierwszym twórcom sztucznych hodowli. Pominąwszy już błędy i wady, biorące swój początek z nieudolnego, a mało ostrożnego postępowania badaczy, głównego źródła złego szukać należy w środkach, jakiemi się do tych celów posługiwano. Nie uwzględniając bowiem małych różnic w składzie materyjału odżywczego, zalecanego przez Pasteura, Cohna i Nägelego, byłyto ciecze, roztwory i właśnie dla tego najmniéj przydatne do zamierzonego celu. Pomijając już trudności sterylizowania pewnych roztworów, jak wyciągu mięsnego lub słodowego, t. j. wyplenienia pierwotnie w nich zawartych organizmów, nie po-

dobna było rozciągnąć dostatecznéj kontroli co do zanieczyszczeń następowych, od których najostrożniejsze postępowanie, najlepsza wprawa i biegłość zabezpieczyć sztucznych hodowli do dziś dnia nie są w stanie. Łatwo bowiem zrozumieć, że wobec rozległego rozszerzenia mikroorganizmów w naszém otoczeniu, wobec panspermii w ścisłém znaczeniu tego słowa, krótki czas tylko trwające odemknięcie naczynia hodowlanego grozi wtargnięciem obcych ustrojów. Obecność nowych przybyszy w płynnym ośrodku długo nie zdradzi się zmianą makroskopową, a nawet mikroskop nie daje możności wykrycia w kropelce cieczy wziętéj do badania pośród całéj masy jednorodnych organizmów kilku pojedyńczych odmiennych form. Dopiero póżniéj, gdy przy następnych przeszczepianiach zanieczyszczające ustroje dostatecznie się rozwiną, zmieni się niezawodnie obraz mikroskopowy, lecz chwila poznania przychodzi za póżno, tak, że hodowla jest bez ratunku stracona. Dla tych téż powodów o czystych hodowlach jednorodzajowych z tych czasów mowy jeszcze być nie może, tém téż łatwo tłumaczą się wielokrotnie i upornie głoszone zdania o przechodzeniu jednych rodzajów organizmów w drugie.

Nowe całkiem tory bakteryjologii wytknął, można powiedzieć, dopiero Koch przez nadanie cieczom odżywczym formy stałéj i wykształcenie znakomite całéj metody badania i hodowania bakteryj. Z chwilą wejścia w życie genijalnych jego sposobów rozpoczyna się całkiem nowy zwrot w badaniu, z podjęciem prac w duchu jego szkoły mnoży się szereg płodnych w wyniki poszukiwań, dla których wspaniałym drogoskazem są dzieła samego Kocha.

Żywo czując całą niedołężność dotychczasowego postępowania, zwrócił Koch przedewszystkiém uwagę na hodowle sztuczne bakteryj, uważając je słusznie jako punkt ciężkości ścisłego badania chorób zakaźnych. Porzuciwszy hodowle w rozczynach zalecił użycie formy stałéj odżywek, ilustrując ich znaczenie na przekroju gotowanego ziemniaka, wystawionego czas jakiś na działanie powietrza atmosferycznego. Powierzchnia takiego ziemniaka, zależnie od ciepłoty otoczenia, już drugiego lub trzeciego dnia pokryta będzie małemi kroplami, t. j. pojedyńczemi kolonijami organizmów, które okazują charakterystyczne różnice pod względem swéj barwy i kształtu. Są one następstwem osadzenia się z powietrza zarodków rozmaitych organizmów i przedstawiają badane mikroskopowo gromady jednorodnych tworów, a więc czyste tychże hodowle w ścisłém znaczeniu tego słowa, biorące początek z pojedynczego zarodka. Pojedynczo na przekrój innego ziemniaka przeszczepione wydadzą jedyną formę ustrojową, zachowując dokładnie téż same charakterystyczne cechy, jak kolonija macierzysta.

Całkiem inaczéj kształtują się téżsame stosunki w ośrodkach ciekłych, i tu niemniéj wcisną się z powietrza téżsame rodzaje organizmów, ale rozwój ich całkiem inaczéj będzie się odbywał. Ruchem obdarzone ustroje szybko przenikną rozczyn zaburzając rychło spokój nieruchomych kolonij i rozrywając takowe, część jedna osiedli się w górnych warstwach, druga przeważnie na dnie cieczy, słowem ciecz w całości przedstawiać będzie zamęt najrozmaitszych form i rodzajów, nieprzypominający w niczém czystéj i jednorodnéj hodowli. W tém zachowaniu się leży cała wyższość substratów stałych, iż przeszkadzają pomieszaniu się wzajemnemu różnych rodzajów, któremu sprzyja nader korzystnie forma ciekła ośrodków odżywczych. Do zamienienia rozczynów odżywczych w stałe używa Koch gelatyny zrazu w ilości 5% obecnie 10% lub agaru, istoty klejowatéj roślinnéj otrzymywanéj z rodzaju *Gracilaria lichenoides* i *Gigartina speciosa* dodawanéj w ilości 2%. Zresztą skład ośrodków winien odpowiadać warunkom życia hodowanych organizmów. Do hodowli schyzomycetów najkorzystniejszym okazał się obojętny lub słabo alkaliczny rozczyn peptonu i soli kuchennéj w nalewce mięsa wołowego, stężony za pośrednictwem gelatyny lub agaru. Przyrządzenie powyższych substratów wymaga zachowania wszelkich prawideł ostrożności, mających na celu wytępienie już zawartych w nich organizmów, jakotéż ochronienie ich nadal od możliwych zanieczyszczeń. Wszystkie tedy naczynia poddaje się ścisłéj dezinfekcyi za pomocą wysokiéj ciepłoty 150—160°C., rurki odczynnikowe, do których zlewa się przyrządzony materyjał odżywczy gotujący się, zamyka się szczelnie odkażonym czopem waty. Płynna zrazu gelatyna lub agar krzepną po kilku godzinach w zamkniętych rurkach szklannych i dają stały a zarazem przeźroczysty materyjał odżywczy bezpośrednio do badania mikroskopowego się nienadający. Niemniéj dobrym a w pewnych razach i dla pewnych rodzajów jedynie tylko zastosować się dającym jest grunt z surowicy krwi pospolicie baraniéj, ogrzanéj aż do stężenia. Dość trudna zresztą do sterylizowania surowica krwi należycie przyrządzona winna mieć zbitość białka kurzego na twardo ugotowanego, barwę bursztynu, winna przeświecać i tylko w dolnych częściach, gdzie warstwa jest nieco grubsza okazywać zmętnienie mleczne. Również ziemniaki w należyty sposób oczyszczone od wszelkich zarodków, i ugotowane przy pomocy pary płynącéj, stanowią dla znacznéj części schyzomycetów wyborny materyjał odżywczy, lecz podczas gdy przechowanie hodowli czystych w gelatynie, agarze lub surowicy z łatwością w rurkach odczynnikowych się udaje, to hodowle na ziemniakach wymagają po pierwsze żmudniejszego odkażenia materyjału samo przez się mocno zanieczyszczonego, a przechowanie ich z większym trudem połączone daje w rezultacie mniejsze korzyści niż jeden z sposobów z wyż przytoczonych. Korzystniejszą téż bezsprzecznie jest miazga kartoflowa otrzymana przez zarobienie roztartych ugotowanych ziemniaków z wodą i dodatkiem stosownie do rodzaju hodowanych organizmów skrobi, cukru, peptonu lub wyciągu mięsnego, którą wprowadza się do małych kolbek i zamyka szczelnie czopem sterylizowanéj waty. Małe odmiany w składzie opisanych materyjałów odżywczych, mianowicie: gelatyny odżywczéj i agaru, polegające na dodatku cukru gronowego lub trzcinowego, lub na zastąpieniu nalewki mięsnéj wyciągiem mięsnym, mają więcéj znaczenie podrzędne a nie zmieniają bynajmniéj istoty cieczy. Nieoceniona wyższość formy stałéj pożywek tak dalece wyparła ciecze, że dziś jedynie do hodowli w tak zwanych komorach szklanych, składających się z wydrążonego szkiełka przedmiotowego i pokrywy z szkiełka nakrywkowego, bywają używane, gdzie cała hodowla złożona z kropli rozczynu zawieszonéj na dolnéj powierzchni szkiełka nakrywkowego w całości pod mikroskopem z łatwością skontrolować się daje pod względem swéj czystości. Surowica krwi, bulijon, *humor aqueus* i nalewki roślinne należycie sterylizowane wchodzić mogą w skład tych ostatnich hodowli.

Rurka odczynnikowa zawierająca stężały rozczyn nalewki mięsnéj i peptonu, bez względu na to, czy zawiera gelatynę lub agar, mający tę wyższość, że wytrzymuje ciepłotę do 40°C. bez rozpłynięcia się, podczas gdy gelatyna już przy 25°C. staje się płynną, jest znakomitym środkiem

służącym do przechowania hodowli czystych, z jednorodnych organizmów się składających; zawodzi jednak, jeśli zaszczepimy doń mięszaninę z kilku rodzajów złożoną. Równie korzystne znajdując dla siebie warunki bytu, rozwijać i rozmnażać się one będą, póki żywsza siła wzrostu jednego nie pokona drugiego, a zwykle z walki téj uwłaczającéj pojęciu hodowli czystéj wypłynie mniéj pożądany i oczekiwany organizm. Dla tych powodów szukać należy innego wyjścia, a dwie tylko możliwości nastręczają się tutaj, a mianowicie wszczepiać w rurki odczynnikowe z samego zawiązku czysty, jednorodny materyjał, co przecież w wielu razach wprost będzie niemożliwém lub pojedyńcze rodzaje z materyjału wszczepionego starać się odosobnić i jedynie pożądane przeszczepiać. Drogą prowadzącą do ostatniego celu są tak zwane hodowle na płytach szklanych, których zasady dopatrzeć się nie trudno w tak zwanych pakcyjonowanych hodowlach Klebsa. Myśl Klebsa, niewdzięcznie dla hodowli w rozczynach podaną, przeszczepił Koch na grunt swych stałych ośrodków i wzbogacił metodę o jedno jeszcze ogniwo, jakiego brakło do zupełnéj doskonałości. (C. d. n.)

II. Z zakładu patologii doświadczalnéj prof. Dra Adamkiewicza.

O zachowaniu się tkanki mózgowéj pod wpływem ogniska śródczaszkowego.

(Według wykładu mianego w Tow. lek. krak. dnia 8 kwietnia 1885).

Podał Dr. Jan Prus,
asystent tegoż zakładu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 20).

Jak widzimy wykazał krytyczny rozbiór, że wszystkie wywody dotychczasowéj nauki o ucisku mózgu są błędne. Nic w tém dziwnego, gdyż zasada, na któréj ta nauka oparła się, jest mylną. Masa bowiem mózgowa jest ściśliwą.

Jakkolwiek za ściśliwością tkanki nerwowéj przemawiał wspomniany przypadek mięsaka w rdzeniu pacierzowym, pożądaną jednak było rzeczą dostarczyć jeszcze nowego doświadczalnego dowodu na poparcie tego tak ważnego twierdzenia o ściśliwości tkanki mózgowéj. Że mózg jest ściśliwym, wykazał prof. Adamkiewicz w następujący sposób: Włożywszy przez otwór trepanacyjny kawałek blaszkownicy między kość czaszkową a twardą oponę mózgu i otworzywszy następnie po kilku godzinach lub dniach czaszkę, można się było przekonać, że napęczniałe ciało obce leżało wgniecione w masę mózgową. Po ostrożném zaś wydobyciu blaszkownicy widać było zawsze na dnie wgniecenia prawidłową, połyskującą oponę twardą, przez którą przezierał mózg zupełnie nienaruszony. Powstanie wgniecenia w nienaruszonym mózgu dowodzi niezbicie, że mózg, pod wpływem działającego nań ucisku, zmniejsza swą objętość, czyli innemi słowy, że mózg jest masą ściśliwą.

Nie trudno wytłumaczyć sobie w sposób fizyczny ściśliwość tkanki mózgowéj. Ognisko śródczaszkowe wyciska najprzód z mózgu odpowiednią swéj objętości ilość wody tkaninowéj i cieczy wolno w komórkach się znajdującéj, a podczas gdy zmniejsza się objętość tkanki mózgowéj, opuszcza wyparta ciecz jamę czaszkową wszystkiemi temi drogami, które łączą przestwory podpajęcze i komórki mózgu z naczyniami limfatycznemi i krwionośnemi głowy i szyi.

Jeżeli ciało obce usuniemy po kilku godzinach lub dniach u żyjącego zwierzęcia, to zauważyć możemy, że dołek przez wgniecenie powstały wyrównywa się zazwyczaj bardzo prędko. Okoliczność ta wskazuje, że mózg oprócz ściśliwości posiada jeszcze inną fizyczną własność, a mianowicie elastyczność. Dodać należy, że mózg nie traci swéj elastyczności do pewnego stopnia nawet po śmierci zwierzęcia. Oczywiście, że tak ściśliwość jak i elastyczność mózgu posiadają pewne granice. Granice te tém trudniéj zostają przekroczone, im powolniéj ucisk [1]) na mózg działa. Jeżeli ucisk działa tak silnie, że ściśliwość mózgu nie może mu sprostać, to następuje naturalnie zniszczenie mózgu, a jeżeli ucisk przezwycięży tylko granice elastyczności tkanki mózgowéj, to mózg straci zdolność wyrównania swego wgniecenia po usunięciu ciała ugniatającego, a w pierwocinach tkaninowych rozwiną się pewne histologiczne zmiany. Łatwo pojąć, że przy pewnéj sile ucisku cierpieć muszą także funkcyje tkanki ugniecionéj. Ten stopień ucisku, przy którym występują zaburzenia w czynności uciśniętéj tkanki mózgowej, określił prof. Adamkiewicz jako drugi stopień ucisku, podczas gdy tę siłę ucisku, którą tkanina mózgu dzięki swéj ściśliwości znieść jeszcze może bezkarnie, oznaczył jako pierwszy stopień ucisku. Trzeci stopień ucisku równa się wprost mechanicznemu zniszczeniu tkaniny. Działanie drugiego stopnia ucisku przedstawić sobie można w ten sposób, że ucisk sięga aż do najdrobniejszych molekułów nie rozrywając ich jednak jeszcze z ich wzajemnego związku.

Naturalnie, że trudno odróżnić z matematyczną ścisłością owe trzy stopnie od siebie. Matematycznemu obliczeniu ściśliwości tkanki mózgowéj stoi na przeszkodzie wiele czynników, które w cyfrę trudno ująć. Pomijając bowiem już różną szybkość, z jaką ognisko śródczaszkowe rozwijać się może, musimy przyznać, że nietylko różne okolice mózgu, ale także różne składniki tkanki mózgowéj, mianowicie komórki zwojowe i nerwy, różny stawiają opór działającemu na nie uciskowi. Że wreszcie indywidualność odgrywa w tém niepoślednią rolę, świadczą za tém doświadczenia wykonane na różnych zwierzętach. Mózg psa zdaje się być mniéj opornym względem ucisku niż mózg królika lub kota.

Aby jednak choć w przybliżeniu wyrazić stopień ściśliwości tkanki mózgowéj, można przytoczyć, że nawet w przypadkach, w których objętość ciała obcego ugniatającego mózg królika miała się do objętosci mózgu jak 1:6, nie zdradzała się obecność ciała obcego żadnym objawem. Z utajonego przebiegu można wnosić, że nawet w tych przypadkach nie zdołał ucisk przewalczyć ściśliwości tkanki mózgowéj. Jeżeli atoli z drugiéj strony uwzględnimy, że w innych razach nieznaczne tylko ugniecenie mózgu, bo w stosunku jak 1:32, wywołało już porażenie przeciwnéj strony ciała, to przyznać musimy, jak w szerokich granicach waha się ściśliwość tkanki mózgowéj.

Aby obliczyć mniéj więcéj siłę ucisku, jaką mózg znieść zdoła na mocy swéj ściśliwości, postąpiłem w następujący sposób: W wydrążonym walcu mosiężnym umieściłem spiralnie skręconą sprężynę. Do dolnego końca sprężyny umocowany był metalowy sztyft o dosyć szerokiéj podstawie, który stercząc przez otwór trepanacyjny do wnętrza

---

[1]) Pamiętać należy, że przez „ucisk“ w myśl nauki Adamkiewicza rozumiemy mechaniczne ugniecenie mózgu (kompressyję), gdy tymczasem dawna nauka, uważając mózg za masę nieściśliwą, miała na względzie podwyższenie się parcia cieczy mózgordzeniowéj czyli ucisk hydrostatyczny.

jamy czaszkowéj ugniatał mózg siłą sprężyny. W celu dowolnego zwiększania siły sprężyny przytwierdzoną była do jéj górnego końca śrubka, przy pomocy któréj można było oba końce sprężyny do siebie zbliżyć lub oddalić. Przez szparkę wyciętą wzdłuż walca można było stan sprężyny i sztyftu odczytać na podziałce umieszczonéj obok szparki. Cały przyrząd dał się z łatwością umocować na czaszce królika ponad otworem trepanacyjnym tak silnie, że królik po dokonanéj operacyi mógł być wraz z przyrządem wolno puszczonym. Siłę sprężyny przy każdéj podziałce obliczyłem za pomocą ciężarków.

Z doświadczeń przy pomocy opisanego przyrządu wykonanych przytaczam następujące: Otworzywszy wielkim trepanem czaszkę królika po lewéj stronie, umocowałem ponad otworem przyrząd sprężynowy. Po uwolnieniu królika ze stołu wiwisekcyjnego wpuściłem sztyft przyrządu do wnętrza czaszki z siłą 100 gramów. Królik skacze dobrze i nie przedstawia żadnych zboczeń. Po 3ch kwadransach nadano sprężynie przez przykręcenie śrubki siłę 300 gramów. Żadnych objawów. Po 4ch godzinach przykręcono śrubkę tak, że sztyft ugniatał mózg z siłą 500 gramów. Królik skacze dobrze, odruchy ścięgniste prawidłowe, czucie utrzymane. Po 24-godzinnym ucisku mózgu zabiłem królika przez upust krwi z tętnicy udowéj i nastrzykałem go masą karminową. Doświadczenie to wskazuje, że mózg zdoła znieść względnie znaczną siłę ucisku bez zaburzenia w swych czynnościach. Że nerwy obwodowe wytrzymałe są nawet na bardzo silny ucisk, wykazał Zederbaum (*Nervendehnung und Nervendruck. Archiv für Anat. u. Physiol.*, 1883). Z jego doświadczeń okazało się, że nerw kulszowy żaby nie traci zdolności przewodnictwa nawet pod wpływem obciążenia 1700 gramami, jeżeli tylko ciężarki zwolna były dokładane. Co więcéj przy pewném obciążeniu nerwu zwiększa się nawet pobudliwość nerwu. Przy ucisku 75 gramami aż do 900 grm. wystarczyły bowiem już słabsze prądy elektryczne do wywołania skurczów mięśnia łydkowego. Podwyższenie pobudliwości nerwu jest największém przy ucisku nerwu ciężarem 500 gramów. Dopiero przy ugniecenia nerwu siłą 1.000grm. i więcéj zmniejsza się pobudliwość nerwu. Liczby te odnoszą się do nerwów ruchowych. Natomiast nerwy czulne mniéj są oporne względem ucisku. U żaby znika przewodnictwo czucia w nerwie kulszowym już po obciążeniu 400 gramami, a u królika już po 300 gramach. Widzimy z tego, że i mózg w porównaniu do nerwów obwodowych zdoła znieść równie silny ucisk. W jednym przypadku mogłem ugnieść mózg królika z siłą 1000 gramów bez zniszczenia jego tkaniny. Wprawdzie przy tak silnym ucisku wystąpiło połowicze porażenie, znikło jednak wkrótce, skoro uwolniłem mózg od ucisku. Wspomnieć przytém muszę, że dołek przez wgniecenie sztyftu powstały wyrównał się po oddaleniu przyrządu niespełna w minucie. Przy ugniecenia mózgu z siłą 1,200 gramów nastąpiło zniszczenie mózgu.

Wykazawszy, że tkanka mózgowa dzięki swéj ściśliwości zmniejsza swą objętość pod wpływem ucisku ogniska śródczaszkowego, zapytać się teraz musimy, na jakichto zmianach histologicznych polega właśnie owe zmniejszenie się objętości mózgu?

Drobnowidowe zmiany w ugniecionym obszarze mózgu zależą 1) od czasu, przez który ucisk działał na mózg i 2) od stopnia ucisku.

Jeżeli tkanka mózgowa wystawioną była na działanie ucisku pierwszego stopnia przez 24 godzin, to badanie drobnowidowe wykazuje przedewszystkiém rozszerzenie naczyń w ugniecionym obszarze mózgu. Aby to rozszerzenie naczyń widzieć, musimy oczywiście królika zaraz po zabiciu nastrzykać masą klejową zabarwioną karminem i porównywać odpowiednie części mózgu ze sobą. W obszarze ugniecionym są nietylko naczynia znacznie szersze niż naczynia przebiegające w odpowiedniéj części mózgu po stronie przeciwnéj, lecz także naczynia włosowate występują tu o wiele silniéj i wybitniéj. Takie zachowanie się naczyń licuje najzupełniéj z wynikiem przytoczonych doświadczeń mających na celu wyświecić stosunki krążenia w mózgu przy zmniejszonéj pojemności jamy czaszkowéj. Już wtedy okazało się, że ognisko śródczaszkowe nie sprowadza niedokrewności mózgu wbrew zapatrywaniom wysnutym na podstawie wspomnianéj nauki o ucisku mózgu. Teraz zaś naocznie przekonać się możemy, że ognisko śródczaszkowe rozszerza naczynia krwionośne, przyczém bezwątpienia pośrednicza nerwy naczynioruchowe (*vasodilatatores*). Że postać ugniecionéj półkuli mózgowéj zmienia się pod wpływem ucisku, świadczy za tém powstanie głębokiego nieraz ugniecenia. Na poprzecznym przekroju mózgu króliczego widać bardzo pięknie, że w zmniejszeniu objętości tkanki mózgowéj biorą udział nietylko wszystkie warstwy kory mózgowéj, ale także czasem wielkie zwoje i komórki we wnętrzu mózgu leżące. Porównanie poszczególnych warstw z odpowiedniemi warstwami strony zdrowéj wykazuje, że w miarę stopnia ucisku zmniejsza się szerokość tychże warstw do połowy a nawet do jednéj czwartéj swéj pierwotnéj szerokości. Przy badaniu zabarwionych preparatów za pomocą safraniny według metody podanéj przez prof. Adamkiewicza przekonać się można, że komórki zwojowe wchodzące w skład poszczególnych warstw kory mózgowéj są znacznie bliżéj obok siebie rozmieszczone, niż po stronie zdrowéj mózgu. Na preparatach barwionych karminem odznaczają się uciśnięte warstwy kory mózgowéj wybitniejszą czerwoną barwą. Pochodzi to ztąd, że w obszarze pewnéj wielkości znajduje się więcéj jąder komórkowych niż w odpowiednim obszarze mózgu, na który ucisk nie działał, a wiadomo, że barwik pochłaniają głównie jądra komórkowe. Włókna nerwowe barwiące się safraniną pięknie brunatno-czerwono i występujące najwybitniéj w warstwie zwanéj przez prof. Adamkiewicza warstwą włóknistą i spoidłową są w obszarze ugniecionym również bliżéj siebie ułożone, nie przedstawiają jednak żadnych zmian chorobowych.

Jeżeli blaszkownica uciskająca mózg leży przez długi czas, kilka lub kilkanaście miesięcy, w jamie czaszkowéj, to badanie drobnowidowe wykazuje w ugniecionym obszarze mózgu bardzo ciekawe zmiany. Rozróżnić tu musimy zachowanie się opon mózgowych, naczyń krwionośnych i saméj tkanki mózgowéj.

Tkanka łączna twardéj i miękkiéj opony mózgu oddziaływa na ucisk blaszkownicy zapaleniem, podobnie jak na inne bodźce wywołane obecnością ciała obcego. Odpowiednio do czasu, przez jaki blaszkownica drażniła osłony mózgowe, możemy w ich tkance łącznéj spotkać się ze wszystkiemi okresami zapalenia. I tak widzimy jużto przekrwienie zapalne i wędrowanie białych ciałek krwi, jużtéż ich rozpad lub wreszcie ich przemianę w tkankę łączną. Uwydatnić należy, że okres rozpadu białych ciałek krwi trwa względnie bardzo długo. Po tygodniach jeszcze bowiem

znajdujemy po otwarciu czaszki królika gęstą, białą masę, powstałą z rozpadłych i tłuszczowo zwyrodniałych ciałek białych krwi a otaczającą ze wszech stron ciało obce. W miarę tego jak masa ta znika, wytwarza się coraz więcéj tkanki łącznéj, która w końcu otorbia najzupełniéj blaszkownicę. Na szczególniejszą uwagę zasługuje okoliczność, że bujanie tkanki łącznéj nie przekracza wewnętrznéj granicy osłony miękkiéj i nie wdziera się nigdy w sam miąższ mózgu, a powtóre, że torebka łączno-tkankowa otaczająca ciało obce nie jest, jak zwykła tkanka bliznowata, ubogą w naczynia, lecz owszem odznacza się wielką obfitością naczyń. Szczególnie na dnie wgniecenia znajdują się liczne, grube, nowowytworzone pnie naczyniowe. Z tych pni naczyniowych wychodzą atoli gałązki nietylko do torebki, w któréj leży blaszkownica, lecz także do wnętrza ugniecionéj kory mózgowéj, gdzie tworzą silną i gęstą sieć naczyń włosowatych. Ze szczególnym naciskiem wspomnieć należy, że naczyniom drążącym w głąb tkanki mózgowéj nie towarzyszy wcale tkanka łączna. Okoliczność ta wskazuje, że nowowytworzone naczynia w ugniecionym obszarze mózgu nie są wcale znamionami zapalenia tkanki mózgowéj, lecz obecność nowowytworzonych naczyń winniśmy tłumaczyć zwiększoną potrzebą odżywienia uciśniętego obszaru mózgu.

W saméj tkance mózgowéj uderza nas najprzód zmiana postaci uciśniętéj kory mózgowéj. Wszystkie warstwy kory wyparte są przez obce ciało ku wewnątrz a szerokość ich znacznie zmniejszona. Czasem ściśnione są także komórki boczne mózgu i zmieniony kształt wielkich zwojów mózgowych. Staranne badanie drobnowidowe poucza, że w uciśniętéj tkance mózgowéj nie znajduje się wcale nowowytworzona tkanka łączna, że w niéj więc zapalenie nie miało miejsca. W barwionych zaś preparatach tak bardzo uderza znaczna obfitość jąder komórkowych blisko obok siebie ułożonych, że wcale nie wydaje się być zbyteczném pytanie, czy w uciśniętym obszarze mieści się prawidłowa czy też zwiększona ilość jąder? Do tego pytania uprawnia nas tém więcéj wspomniane zachowanie się naczyń.

Wiadomo, że ilość krwi, jakiéj pewna tkanka do swego odżywienia w warunkach prawidłowych potrzebuje, zostaje w ścisłym stosunku do objętości téj tkanki. Tymczasem przekonaliśmy się, że uciśniona, a więc mniejszą objętość posiadająca, tkanka mózgowa, otrzymuje obfitszy przypływ krwi, niż taka sama nieuciśnięta tkanka o większéj objętości. Sprzeczność ta ustaje atoli, jeżeli przypuścimy, że ugnieciona tkanka mózgowa otrzymuje dla tego więcéj materyjału odżywczego, że jakkolwiek ucisk zmniejszył jéj objętość, powiększył atoli jéj masę. Jeżeli to przypuszczenie jest słusznem, to przypuścić musimy, że ognisko śródczaszkowe działa w dwojaki sposób na tkankę mózgową: 1) mechanicznie, t. j. uciskając i zmniejszając jéj objętość i 2) fizyjologicznie, t. j. drażniąc i wywołując pomnożenie pierwocin tkaninowych czyli ich przerost. Że tak jest w istocie, świadczy za tém okoliczność, że tam, gdzie ognisko śródczaszkowe tylko drażni, a nie uciska tkanki mózgowéj, widocznym jest tylko czysty przerost tkanki mózgowéj bez zmniejszenia jéj pojemności. Przerost ten występuje w boczném otoczeniu ogniska śródczaszkowego, gdzie ognisko swą boczną ścianą tylko przylega do istoty mózgowéj i takową przez stykanie się drażni. W miejscu tém wypukla się kora mózgowa w kształcie guza. Na przekroju poprzecznym widać tu silną sieć nowowytworzonych naczyń. Uwydatnić należy, że nie wszystkie warstwy kory mózgowéj w przeroście biorą jednaki udział. Najsilniéj przerasta ta warstwa istoty szaréj, która się odznacza największą obfitością jąder, t. j. tak zwana warstwa ziarnista. Jeżeli więc, jak widzimy, samo stykanie się ogniska śródczaszkowego z istotą mózgu stanowi dla niéj bodziec drażniący, który z czasem wywołuje przerost tkanki mózgowéj, to przerost ten musi się pojawić we wszystkich miejscach, w których się ognisko w ogólności z tkanką mózgową styka. Chociaż więc kora mózgowa na dnie wgniecenia, wystawiona naturalnie na najsilniejszy ucisk ogniska śródczaszkowego, przedstawia się nam jako ściśniona, mimo to przypuścić musimy, że i tu wytworzył się przerost tkanki nerwowéj, gdyż działał tu nietylko ucisk, ale także stykanie się ogniska śródczaszkowego z istotą nerwową mózgu.

Ten, nieznany dotychczas w patologii przerost, który tylko dla tego na zewnątrz się nie objawia, że zostaje zakrytym przez działanie uciskowe ogniska, przez równoczesne zgęszczenie tkanki, przez kondensacyję, nazwał prof. Adamkiewicz „przerostem kondensacyjnym“.

Przerost kondensacyjny i czysty przerost tkanki nerwowéj nie jest jednak zawsze nieodzownem następstwem ucisku wywartego przez ognisko śródczaszkowe na tkankę mózgową.

Aby wytworzył się przerost tkanki mózgowéj, czy to czysty czy téż kondensacyjny, musi ognisko śródczaszkowe rozwinąć w ogólności dość silne działanie drażniące na tkankę mózgową. W przeciwnym razie brak jest przerostu tkanki nerwowéj. Do tego zapatrywania zmusza nas następujący przypadek ucisku mózgu, wywołanego przez blaszkownicę u królika. Królik żył po dokonanéj operacyi przez cały rok nie okazując żadnych objawów chorobowych. Po roku zabiłem królika i nastrzykałem z aorty masą karminową. Przy drobnowidowém badaniu mózgu, stwardniałego w rozczynie Müllerowskim i barwionego safraniną, nie napotkałem w ugniecionym obszarze mózgu ani czystego przerostu, ani téż przerostu kondensacyjnego tkanki mózgowéj. Blaszkownica otoczona była torebką tkanko-łączną. Na dnie wgniecenia przedstawiały wszystkie warstwy kory mózgowéj mniejszą szerokość niż odpowiednie warstwy drugiéj półkuli mózgowéj. W boczném otoczeniu ogniska śródczaszkowego szerokość warstw korowych nie była nigdzie zwiększoną, lecz prawidłową. Naczynia krwionośne w obszarze mózgu wystawionym na działanie ogniska śródczaszkowego zachowywały się tak pod względem ilości, jakoteż jakości, podobnie jak w odpowiednich miejscach półkuli nieugniecionéj. W zwężonych warstwach kory były komórki zwojowe bliżéj siebie ugrupowane a nerwy przebiegające w różnych kierunkach przez korę nie przedstawiały żadnych zmian chorobowych.

Spostrzeżenie to wskazuje, że w ugniecionym obszarze mózgu nastąpiło tylko zgęszczenie tkanki nerwowéj obok zmniejszenia jéj objętości, a nie przyszło wcale do równoczesnego przerostu tkanki mózgowéj. Ucisk więc rozwinął tu tylko działanie czysto mechaniczne.

Przerost kondensacyjny i czysta kondensacyja tkanki nerwowéj ma z wielu względów wielką doniosłość. Teraz bowiem ocenić możemy, jak mylném jest zdanie, że wgniecenia mózgu, wywołane często przez ogniska śródczaszkowe powoli rosnące, są zawsze wynikiem „zaniku“ istoty mózgowéj w miejscu ucisku. Zanikiem chciano wytłumaczyć przebieg utajony niektórych guzów rozwijających się wewnątrz czaszki. Zanik miał kompensować zmniejszenie pojemności

jamy czaszkowéj, jak to już na wstępie wspomnieliśmy, i nie dozwolić tym sposobem, aby ciecz mózgordzeniowa podwyższyła swe parcie i sprowadziła ogólną niedokrewność mózgu. Jeżeli atoli uwzględnimy, że tkanka zanikła jest tkanką chorą i że nie może prawidłowo funkcyjonować, spostrzeżemy natychmiast, jak sprzecznêm było tłumaczenie utajonego przebiegu ucisku mózgu. Teraz atoli skoro wiemy, że tkanka mózgowa, mimo to, że pod wpływem ucisku zmniejsza swą objętość, nie traci wcale na masie, t. j. na ilości swych pierwocin tkaninowych, jasną dla nas jest rzeczą, że tkanka mózgowa, aczkolwiek zmniejszyła swą objętość, nie utraciła swéj funkcyi.

Funkcyje tkanki uciśniętéj cierpią dopiero wtedy, gdy działa wyższy stopień ucisku, mianowicie drugi stopień. Objawy, wywołane przez ognisko śródczaszkowe zależą w ogólności od funkcyjonalnego znaczenia ugnieciouéj części mózgu i nie mają nic wspólnego z objawami ogólnego podrażnienia mózgu.

Nie wchodząc w bliższy opis tych objawów wspomnę tylko, że przy ugnieceniu p r z o d k o w é j części mózgu króliczego występują najczęściéj kurcze kloniczne jednostronne w zakresie nerwu twarzowego, mięśni karku i grzbietu, a czasem nawet w zakresie mięśni łapki przedniéj i tylnéj. Kurcze te pojawiają się zawsze po przeciwnéj stronie ucisku, występują w napadach, trwających kilka minut i noszą na sobie cechę tak zwanéj „epilepsyi J a c k s o n a“. Najdaléj po 24 godzinach od chwili włożenia blaszkownicy do jamy czaszkowéj znikają opisane kurcze, a zwierzę albo wraca do stanu normalnego albo téż ulega porażeniu połowiczemu. Czasem przyłącza się do porażenia połowiczego porażenie także drugiéj strony ciała, a stan ten nazwano *paraplegia posthemiplegica*. W miarę potęgującego się porażenia podwyższają się odruchy ścięgniste aż do samoistnego drżenia. Terazto dochodzi już działanie ucisku wywartego na tkankę mózgową do téj granicy, poza którą ucisk niszczy i gruchocze tkankę mózgową. Jeżeli jednak w chwili téj oddali się ognisko ugniatające tkankę mózgową, to porażenie powoli ustępuje, a zwierzę wraca znów do stanu normalnego. Ugniecenie t y l n é j części półkuli mózgowéj sprowadza u królika niedowład pęcherza, zwiększenie wydzielin gruczołów ślinnych, błony śluzowéj nosa, jelit itp. a w zakresie zmysłu wzrokowego wywołuje przemijające wysadzenie gałki ocznéj, zez, drżenie gałki ocznéj i zaburzenia troficzne, przyczém jednak nigdy nie pojawia się tarcza zastoinowa, jako wyraz ucisku mózgu.

R e a s u m u j ą c w s z y s t k i e w y n i k i b a d a ń m o ż e m y o b o k s i e b i e z e s t a w i ć o b i e n a u k i o u c i s k u m ó z g u i w y k a z a ć i c h r ó ż n i c e. Dawna nauka oparła się na założeniu, że mózg jest nieściśliwym; tymczasem nowa nauka udowodniła najdosadniéj, że tkanka mózgowa jest ściśliwą. Podczas gdy dawna nauka rozumiała przez ucisk mózgu podwyższenie ucisku hydrostatycznego w jamie czaszkowéj, rozumie nowa nauka istotny ucisk, jaki wywiera ognisko śródczaszkowe bezpośrednio na tkankę mózgową, ma więc na myśli mechaniczne ugniecenie mózgu, kompresyję. Według dawnéj nauki uchodziły za wybitne objawy ucisku mógu: drżenie gałek ocznych zaburzenia czynności serca i oddychania, kurcze, śpiączka itd., tymczasem nowa nauka nie uważa tych objawów wcale za objawy charakteryzujące ucisk mózgu, lecz tylko za objawy podrażnienia mózgu. Natomiast okazała nowa nauka, że ucisk mózgu nie wywołuje albo żadnych objawów chorobowych, t. j ma przebieg utajony, albo téż sprowadza objawy tak zwane lokalne, zależne od miejsca ucisku. Najczęściéj występują one w postaci epilepsyi J a c k s o n a lub porażeń połowiczych. Dawna nauka mówiła o niedokrewności lub zaniku tkanki mózgowéj jako o anatomicznym, że tak powiem, wyrazie ucisku mózgu; nowa zaś nauka wykazuje, że w uciśniętym obszarze mózgu są naczynia rozszerzone, a tkanka nerwowa nie tylko nie ulega zanikowi, lecz owszem czasem przerasta.

W końcu niech mi wolno będzie złożyć wyrazy podzięki prof. A d a m k i e w i c z o w i za pomoc i radę, któréj mi w niniejszéj pracy bardzo chętnie na każdym kroku udzielał.

III. Z zakładu farmakologicznego w Dorpacie.

O farmakologii żelaza.

Wykład docenta i zastępcy profesora
Dra Walerego Podwysockiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 20).

§. 9. Wyleczenie lżejszych form bladaczki udaje się niekiedy po krótko trwałém używaniu żelaza u ludzi karmiących się złym pokarmem, pokarmem ubogim w żelazo, gdy się dobrym odżywiać poczną. Pokarm taki potrzebny jest także i dla tych chorych, którzy i przy posuniętym stopniu bladaczki za polepszeniem zdrowia przez żelazo zaczynają doznawać lepszego apetytu, a więc gdy ustaloną już jest trwałość krążków krwi czerwonych. Jednakże pokarm ten dla nich wybierać należy z łatwo strawnych materyjałów spożywczych. — Dla tego téż obok farmakologii żelaza wiedzieć Panom należy, które z materyjałów spożywczych obfitują w żelazo, które bywają łatwo, a które ciężko strawne, a które wcale nie są strawne.

Ze zwykłych materyjałów spożywczych bogatsze są w żelazo następujące według kolei: Mąka tatarczana, żytnia, owsiana, jęczmienna, żółtka jaj, groch, mięso wołowe mąka pszenna, mięso cielęce, szpinak, kapusta; ubogie w żelazo: ryż, kartofle, ryby i marchew. Mieści się w nich w następującym porządku na 100 grm: w mące tatarczanéj prawie 3 ziarna żelaza i daléj według oznaczonego porządkn następujące ilości: około 2 ziarn, $1\frac{1}{2}$ gr., $\frac{1}{6}$ gr., więcéj niż $\frac{1}{8}$ gr., $\frac{1}{8}$ gr., $\frac{1}{12}$ gr., $\frac{1}{12}$ gr., $\frac{1}{20}$ gr., $\frac{1}{12}$ gr., więcéj albo mniéj niż $\frac{1}{40}$ gr., w rybach, ryżu i kartoflach i mniéj niż $\frac{1}{60}$ gr. w marchwi. — Z płynów więcéj obfituje w żelazo mleko owcze; mieści się w niém więcéj niż $\frac{1}{20}$ gr., a w krowiém $\frac{1}{20}$ gr. na 100 grm. — W winie i w piwie mieści się bardzo mało żelaza, w winie jednak więcéj niż w piwie.

Co do strawności wspomnianych roślinnych pokarmów to do ciężkostrawnych należą: kapusta, mąka żytnia, owsiana, groch, mąka hreczana; łatwo strawne są: kasza jęczmienna i pszenna. Z owoców najwięcéj jest żelaza w poziomkach i agreście; w gruszkach mniéj niż w jabłkach. Żołtko jaj zawiera 3 razy więcéj żelaza aniżeli białko. Śród przygotowywania pokarmów wydaloném zostaje wiele żelaza z artykułów spożywczych przez ścinanie się białka podczas gotowania, a śród przygotowywania mięsa solonego wiele żelaza przechodzi do wody słonéj. W bulijonie, szczególniéj w amerykańskim, mieszczą się tylko ślady żelaza. Hematyna krwi bardzo ciężko jest strawną, również jak i wątroba, która

bardzo jest bogata w żelazo [1]). Z hematyny robiono już preparat pod nazwą hematosyny, jako środek lekarski do wewnętrznego użycia. Robił to i zalecał Tarboulin. Terapeuci jednakże zaprzeczają skuteczności żelaza tego preparatu. W tym samym celu zalecają teraz w Ameryce *Sanguis bovinus inspissatus*. Ale i ten preparat nie sprowadza żadnych skutków leczniczych. Godném uwagi, że śród przygotowywania hematosyny nie porzuca żelazo istot białkowych, gdy się działa na krew w tym celu alkoholem z dodaniem skoncentrowanego kwasu siarczanego. W hematosynie mieści się 10% żelaza; nazwę tę podał Tabourin, przypuszczając, że preparat ten będzie służył po strawieniu z pokarmem jako źródło wytwarzania się krwi.

§. 10. Zapoznałem już Panów z preparatami, które za najlepsze uważać należy. Brak obecnie u farmakologów jednolitego systemu w podziale preparatów żelaza. Jedni dzielą je na plastyczne albo twórcze, ściągające lub trujące, zaliczając do pierwszych preparaty kwaśne cytrynowe, nie włączając jednak preparatów chlorku. Widzicie Panowie sami, jak to jest mylném. Inni dzielą na proste i złożone, inni znów na rozpuszczalne i nierozpuszczalne, inni wreszcie na preparaty z bezpośredniém działaniem żelaza i preparaty z pobocznem działaniem. Zdaje mi się być odpowiedniejszym podział preparatów na takie, które wywierają wpływ na tworzenie się krążków krwi czerwonych i na takie, które działają w pewnym stosunku tylko drażniąco, jak składniki zupełnie obce dla naszego ustroju, dokąd zaliczyć należy preparaty kwaśne cytrynowe, kilka innych soli organicznych, a także *Ferrum pyrophosphoricum*. Pierwotnie wymienione preparaty, czyli hematotwórcze, mogą także działać drażniąco na czynności żołądka, lecz tylko wtedy, gdy będą użyte w nadmiernych dawkach. W moim podziale do pierwszego rzędu należą: 1) *Ferrum sesquichloratum cum ammonio chlorato*, 2) *Ferrum metallicum*, 3) tynktury z chlorków żelaza, 4) możliwie świeży preparat węglanu żelaza, gdzie żelazo zatrzymuje jeszcze szaro niebieską barwę, 5) mleczan żelaza, który jeszcze nie ma wcale barwy żółtéj, t. j. taki, który nie przeszedł jeszcze w stan tlennika. *Tra ferri chlorati* działa najlepiéj, gdy jest białą, ponieważ wtedy mieści się w niéj najmniéj żelaza w stanie odpowiadającym tlennikowi. Wielu lekarzy nie lubi związków żelaza z salmiakiem, ponieważ smak tych preparatów bardzo jest nieprzyjemny i ponieważ wielu nie otrzymywało z nich pożądanych skutków. Z tego względu zauważę, że winien tu jest nie preparat, bez nieodpowiednie przepisywanie tegoż. Nawet w znanéj obszernéj recepturze Waldenburga znajduję bardzo złe przepisy na ten preparat, mianowicie nietylko z różnemi ekstraktami, lecz nawet z korzeniem ipekakuany, zawierającym bardzo wiele osobnego związku garbnikowego, z którym żelazo tworzy związki nierozpuszczalne. W badaniach swoich nad ipekakuaną, ogłoszonych przed kilkoma laty w *Arch. f. exp. Pharmac.*, otrzymałem czysty emetyn, wolny od ipekakuanowego kw. garbnikowego, tylko za pośrednictwem żelaza i dowiodłem, że wszystkie emetyny, otrzymane poprzednio, nie są wolne od tego kwasu. Radzę przepisywać wyż wspomniane żelazo nie inaczéj jak w pigułkach z krochmalem i *Mucil. gummi arab.* Istnieje jeszcze preparat *Ferrum albuminatum*, po którym lekarze spodziewali się, że znajdą w nim dla lekarskiego użytku gotowy związek żelaza z białkiem; przypomnijcie sobie jednak Panowie, że i tlenek żelaza w związku z białkiem przyciąga tlen powietrza bardzo szybko, w skutek czego w białkanie tym powstanie już tlennik żelaza. Pokazało się jeszcze w następstwie, że preparat ten, pomimo, iż się rozpuszcza w płynach kwaśnych i alkalicznych, ścina się za najmniejszém dodaniem do jego roztworów soli kuchennéj, za czém idzie, że w działaniu swém staje się zupełnie obojętnym. W nowém wydaniu z 1883 r. receptury Waldenburga już jest mowa o tym preparacie, jako o zupełnie bezużytecznym. We Francyi także zaniechano jego używania. Nie lepszy los spotkał i peptonat żelaza, zalecony zamiast tego preparatu. Jest jeszcze *Ferrum carbonicum saccharatum*; preparat ten dobry jest póty, póki nie przejdzie pod wpływem powietrza w stan tlennika. Wiele także mówiono o *Ferrum dialysatum*. Jestto roztwór tlennika żelaza w półtorachlorku żelaza przygotowywany drogą dialyzy. Poprzednio zwracano się doń bardzo często, ale powstały wątpliwości co do jego znaczenia lekarskiego, gdy zauważono własność jego opadania z płynów kwaśnych; nadto istnieje jeszcze co do niego ta niedogodność, że za wkraplaniem go do wody zwykłéj wszystko jego żelazo opada; ażeby powstrzymać to osadzanie się, należy zamiast zwykłéj wody brać wodę destylowaną, co nie zawsze możliwém jest dla pacyjenta. Badaniami nad nim zamował się w nowszych czasach Redwood w skutek powątpiewań co do jego asymilacyi; według najnowszych badań okazało się, że żelazo jego, pomimo iż się znajduje w stanie tlenników, nie tworzy nierozpuszczalnych związków z kw. arsenawym, podczas gdy własność tę posiada siarczan tlennika żelaza (*Ferrum sulfuricum oxydatum*). We Francyi już

[1]) W téj mierze zwracam uwagę Panów na godne uwagi doświadczenia wykonane przez asystenta naszego zakładu Dra Zaleskiego, który w badaniach swoich nad zawartością żelaza w wątrobie zastosował metodę dotąd w tym kierunku niepraktykowaną. Dzięki téj metodzie on dopiero był w stanie otrzymać najdokładniejsze daty co do ilości żelaza w wątrobie; trzeba Wam bowiem wiedzieć, Panowie, że wszystkie dotychczasowe rozbiory wątroby wykonane były bez zupełnego uwolnienia jéj od krwi, limfy i żółci. Zaleski pierwszy wpadł na myśl przepłukania wątroby dla przeświadczenia się, czy żelazo należy do jéj stałych składników. Doświadczenia jego, które wciąż jeszcze daléj czyni i ma zamiar także i do innych zastosować organów, polegają na tém, że przez żyłę wrotną, tętnicę wątrobową i przewód żółciowy przepuszczał stały strumień 0,75% roztworu czystego chlorku sodu na żywych zwierzętach, dopóki wszystkiéj krwi i żółci z wątroby nie wydalił. Zresztą o żółć mniéj tu chodzić mogło, ponieważ według badań Zaleskiego zaledwie ślady żelaza w niéj się znajdują, choć w podręcznikach chemicznych znajdziecie Panowie wzmiankę, że jest go tam wiele. Takie tylko wątroby podlegały badaniu co do żelaza, którego obecność wykazał z jednéj strony — za pomocą mikrochemicznych reakcyj, z drugiéj — drogą czysto chemicznéj analizy. Skrawki dla badania mikroskopowego wykonane zostały między innemi i szklanym nożem na preparatach zamrożonych, aby wykluczyć wszelkie zetknięcie się ich z żelazem mikrotomu. Bezwzględna ilość żelaza, jaką Zaleski wykrył w zbadanych dotąd wątrobach za pomocą rożnych metod oznaczenia, wynosi średnio 0,0105% *Fe*. W żółci jak już wspomniałem, ślady tylko żelaza mógł zauważyć i to nietylko u psów, lecz i w 90 sz. cm. świeżéj ludzkiéj żółci, otrzymanéj w jednym przypadku żółtaczki mechanicznéj przez punkcyję pęcherza żółciowego przy zasklepieniu przewodu tegoż. Jestto fakt bardzo ważny, w obec tego bowiem, że w wątrobie ilości żelaza stosunkowo są wielkie, a w żółci prawie ich nie ma, cała teoryja Lussany co do przechodzenia żelaza przez żółć napowrót do przewodu pokarmowego upaść musi. Stwierdził nadto już nasz asystent fakt niezawodnie doniosły, że żelazo mieści się w wątrobie w postaci trwałych związków organicznych. Zresztą sami Panowie będziecie mieli możność ocenienia doniosłości tych faktów, ponieważ wkrótce ogłoszone zostaną.

zupełnie ufność weń stracono; w Niemczech nie ma go już wcale w nowéj Farmakopei z 1883 r., a powiedziano tylko, że jeżeli lekarz przepisywać będzie *liq. ferri oxydati dialysati*, aby wydawać: *liq. ferri sesquichl.* z dodaniem doń oznaczonéj ilości wody, amoniaku i kw. solnego.

Do zewnętrznego użytku istnieją dwa styptyczne preparaty: siarczan tlenku żelaza (*Ferrum sulfuricum oxydulatum*) i półtorachlorek żelaza. W naturalnych wodach mineralnych mieści się przeważnie węglan żelaza, ale przy długiém staniu wód tych w butelkach opada cześć żelaza jako osad nierozpuszczalny, gdy kw. węglowy stopniowo się wydziela. Przygotowują teraz sztucznie wody mineralne, z których żelazo nie opada. W uwagach swoich do farmakologii Buchheima zwraca Harnack uwagę na tę okoliczność, nadmieniając, że podobny sposób przygotowywania wód mineralnych stanowi tajemnicę fabrykantów. Dla rozstrzygnięcia tego nieporozumienia wykonywałem rozbiory podobnych wód i wykryłem, że w wodach tych mieści się żelazo w związku z kwasami organicznemi; poruczyłem tedy miejscowemu aptekarzowi przygotować wodę mineralną z użyciem podwójnéj soli cytrynianu żelaza; okazało się, że podobna woda mineralna nigdy nie daje osadu żelaza. Wody jednakże tego rodzaju uważam za niestosowne dla chorych na bładaczkę ze znanych już Wam względów.

W wodach mineralnych żelezistych mieści się zwykle od $^1/_2$—2 ziarn na 1 litr wody, a pije się tych wód zazwyczaj po litrze dziennie. Niemeyer jednakże przepisywał dla chorych od $2^1/_2$—4 gr. *pro dosi*, a *pro die* od 7—12 gr. węglanu żelaza w lekarskich jego preparatach. Na podstawie wszystkiego tego, co Wam już powiedziałem, wiecie Panowie, że większa część tego żelaza nie mogła być asymilowaną.

§. 11. W ogóle co do dawek i użycia preparatów żelaza należy wziąć pod uwagę, że żelazo metaliczne, a szczególniéj *Ferrum hydrogenio reductum*, przepisują teraz według ustalonych w terapii zwyczajów od 1—5 gr. po kilka razy dziennie, a sole żelaza, jak np. węglan lub mleczan, od 5—10 gr., związki żelaza z chlorem w solach jego podwójnych z *Ammonium hydrochloratum* od 5—15 gr., a w roztworach alkoholu od 10—30 kropli. Ilość żelaza w pokarmach dochodzi, jak Panowie wiecie, do 0·02 i nie wszystka jeszcze bywa przez organizm przyswojona dla tworzenia się hemoglobiny. Biorąc następnie pod uwagę wszystkie okoliczności, przeszkadzające całkowitemu przyswojeniu żelaza, wprowadzanego z lekarstwami, sądzę, że przy wyrażeniu ilości żelaza preparatów w formie żelaza metalicznego, albo tlenku żelaza za dostateczną jego dawkę uważać należy 1—2 gr. *pro dosi* śród zwykłych warunków użycia; dwa ziarna stanowią już podwójną ilość żelaza, znajdującego się w zwykłych dobrych artykułach spożywczych.

Trudno jest bez nowych obserwacyj terapeutycznych rozwiązać pytanie, czy żelazo może mieć znaczenie lekarskie i w innych chorobach, oprócz bladaczki, w któréj się go teraz używa, można powiedzieć empirycznie i bez konieczności tworzenia hemoglobiny. Trudno jest rozwiązać pytanie, czy żelazo posiada znaczenie lekarskie, gdy w nadmiarze przebywać będzie we krwi, jak to być może śród przyswojenia przez organizm sztucznych białkanów i śród rezorbcyi jego ze związkami kwasów organicznych, z których ono, jak wiecie Panowie, nie przechodzi, zdaniem mojém, dla tworzenia się hemoglobiny.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Przyczynek do statystyki i kazuistyki nieżytu dróg oddechowych, jego następstw i powikłań.

(Urywek ze sprawozdania z oddziału chorób wewn. (B.) szpitala św. Łazarza za r. 1883).

Przez prymaryjusza Dra St. Paszkowskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 20).

III. Choroby oskrzelów.

Nieżyt oskrzelowy (*Bronchitis*).

Z roku 1882 pozostało 15 chorych (7 m., 8 k.), w r. 1883 przybyło 195 chorych (100 m., 95 k.). Razem leczono 210 chorych (107 m., 103 k.). Opuściło szpital uleczonych 162 chorych (84 m., 78 k.), nieuleczonych 5 (4 m., 1 kob.); umarło 25 (9 m., 16 k.), na rok 1884 pozostało 16 chorych (8 m. i 8 k.). Razem ubyło w ciągu r. 1883 chorych 194 (99 m., 95 k.)

Biorąc na uwagę jedynie tylko ubytek w ciągu r. 1883, to rozkłada on się:

a) Według miesięcy:

miesiąc	uleczon. m.	uleczon. k.	z polepsz. m.	z polepsz. k.	umarło m.	umarło k.
1.	14	14	1	1	0	1
2.	8	7	2	—	1	—
3.	12	7	1	—	1	3
4.	17	9	—	—	1	3
5.	9	8	—	—	2	1
6.	2	5	—	—	—	2
7.	1	3	—	—	—	2
8.	3	2	—	—	—	—
9.	2	4	—	—	1	—
10.	3	4	—	—	2	1
11.	4	8	—	—	1	—
12.	11	7	—	—	—	3
Razem	86	78	4	1	9	16

b) Według wieku:

	U mężczyzn	u kobiet
między 10—20	—	3
„ 20—30	7	9
„ 30—40	8	11
„ 40—50	24	16
„ 50—60	16	14
„ 60—70	27	22
„ 70—80	10	14
„ 80—83	7	6
Razem	99	95

c) Według zatrudnień było: wyrobników 55, krawców 7, szewców 4, stolarzy 5, żebraków 4, urzędników, kominiarzy, flisaków, służących i ślusarzy po 2, murarzy 3, i 1 pompier, fijakier, cieśla, malarz, rybak, kotlarz, kowal, kapelusznik, kuśnierz, leśny i karbowy.—U kobiet: wyrobnic 63, służących 6, szwaczek 3, żon wyrobników 11, żebraczek 11, bona 1.

d) Co do trwania choroby nim chorzy zgłosili się do szpitala, to pomijając 4 przyp., gdzie trwanie choroby nie dało się oznaczyć, wynosiło ono u 33 chorych 1—8 dni, u 86 chorych 1—8 tygodni, u 44 chorych 1—4 miesięcy, u 18 chorych 6 miesięcy do 2 lat, a u 9 chorych dłużéj niż 2 lata.

e) Ważną bardzo w sprawozdaniu szpitalném rubrykę stanowią chorzy, którzy kilkakrotnie w przeciągu jednego roku bywają leczeni w tymże samym oddziale z powodu te-

go samego odnawiającego się cierpienia.—Takich zanotowano 29, tj. 10 m. i 19 kob., z tych umarło 3 mężczyzn.

f) Pobyt w szpitalu wynosił według miesięcy: styczeń m. 15·2, k. 27·6; luty m. 7·0, k. 20·4; marzec m. 10·1, k. 27·0; kwiecień m. 12.5, k. 11·10; maj m. 10·0, k. 24·4; czerwiec m. 15·5, k. 18·4; lipiec m. 37.0, k. 7·8; sierpień m. 22·6, k. 26·0; wrzesień m. 14·3, k. 38·7; październik m. 10·4, k. 18·6; listopad m. 30·0 k. 25·1; grudzień m. 15·0, k. 13·9. Średnio u m. 13·8, u k. 21·2 dni.

g) Według poszczególnych postaci było nieżytu szczytowego przyp. 12 (8 m., 4 k.); nieżytu suchego 114 przyp. (59 m., 55 k.); nieżytu włosowatego 53 przyp. (21 m., 32 k.); śluzoropotoku oskrzeli 12 przyp. (8 m., 4 k.).

h) Rozedma płucowa towarzyszyła nieżytowi oskrzelowemu w 179 przyp. (91 m., 88 k.); rozedmę znacznego stopnia stwierdzono w 134 przyp. (72 m., 62 k.). Chorzy ci zgłaszali się w największéj liczbie w miesiącach zimnych począwszy od grudnia do czerwca.

Zastanawiając się bliżéj nad poszczególnemi postaciami i powikłaniami nieżytu oskrzelowego, przyjdziemy do przekonania, że nieżyt oskrzelowy samoistny jest nadzwyczaj rzadko przedmiotem leczenia w szpitalu. — Z 194 przypadków, gdzie nieżyt oskrzelowy słusznie wzięto jako główną chorobę raz dla tego, że przypady zeń wynikające najbardziéj dokuczały chorym i zmuszały ich szukać pomocy w szpitalu, innym razem dla tego, że z mnóstwa powikłań i następowych zmian a czasem nawet pierwotnych chorób narządu oddechowego, nieżyt oskrzelowy jako dający się chwilowo usunąć lub znacznie zmniejszyć, jedynie uprawniał przyjęcie chorych do szpitala; — zaledwie tylko w 3 przyp. spotkaliśmy nieżyt samoistny.

Wszystkie inne przypadki zanotowane w rubryce *Bronchitis apicum, sicca, capillaris, blenorrhoica*, były już albo objawem jakiejś zmiany w miąższu płucowym albo z przyczyny długiego trwania sprowadziły takowe.

Nieżyt szczytowy rozpoznano w 12 przypadkach, gdzie wprawdzie wyraźnych nacieków szczytowych nie było, ale gdzie istnienie nieżytu szczytowego samo przez się czyniło gruźlicę bardzo prawdopodobną. — Utrzymujący się lub przy odpowiedniém zachowaniu się a względnie leczeniu wzmagający się nieżyt ograniczony do szczytów płuc daje prawo do rozpoznania gruźlicy tém pewniéj, jeżeli występuje przytém stan gorączkowy choćby bardzo nieznaczny i tylko w pewnéj porze dnia się utrzymujący [1]). Otóż u 8miu takich przypadków w ciągu dalszéj obserwacyi stwierdzono wyraźne zmiany w miąższu płucowym. Z tych 6 przyp. opuściło szpital po części bez zmian, po części z bardzo znaczném polepszeniem. Ściśle biorąc nieżyt tego rodzaju powinien być brany pod rubrykę gruźlicy.

Nieżyt oskrzelowy suchy rozlany (*Bronchitis sicca diffusa*) stanowił przeważną liczbę przypadków nieżytu oskrzelowego. Z 114 przypadków (59 m., 55 k.) 3 przypadki ostrego nieżytu oskrzelowego przebiegały z lekką gorączką i ze znaczną dusznością; w 4 przyp. nasilający się nieżyt oskrzelowy przy znacznie rozwiniętéj rozedmie płuc przebiegał wśród nieznacznéj gorączki; w 4 przyp. stwierdzono zagęszczenie szczytów płuc; w 2 następowe zapalenie opłucny; w 2 następowe zrazikowe zapalenie płuca lewego; wreszcie w 2 przypadkach nieżyt oskrzelowy po przebytém w domu zapaleniu płuc.

[1]) Poszukiwanie prątków gruźliczych nie weszło jeszcze wówczas w praktykę szpitalną.

W pozostałéj pokaźnéj liczbie przypadków nieżytu oskrzelowego téj postaci znajdowała się rozedma płucowa większego lub mniejszego stopnia jako następowa zmiana, a to w skutek często powtarzających i zaostrzających się w porze wiosennéj i zimowéj spraw nieżytowych.

Nieżyt oskrzelowy włosowaty nie występował w żadnym z leczonych 53 przypadków (21 m., 32 kob.) jako samoistna choroba, tylko u chorych dotkniętych znaczną już rozedmą płucową. W 3 przypadkach w dalszéj obserwacyi wyśledzono wyraźne objawy nacieków gruźliczych; w 2 p. rozstrzeń oskrzelową; w 1 p. zgęszczenie szczytowe, w 2 p. następowe zapalenie opłucny, w 1 p. nieżyt utrzymujący się po przebytém zapaleniu płuca prawego, w 1 przyp. nieżyt ten stwierdzono u chorego ze skrzywieniem kręgosłupa. Tak w tych wszystkich jako i téż i w reszcie przypadków (44) znaleziono po największéj części znaczną rozedmę płucową.

Nareszcie pośród 12 przyp. nieżytu oskrzelowego z wydzieliną ropiastą (m. 8, kob. 4) znaleziono w 6 przyp. wyraźne objawy rozstrzeni oskrzelowéj rozlanéj, a w 1 resztki zapalenia opłucny po lewéj stronie, a bez wyjątku we wszystkich przypadkach rozedmę płucową znacznego stopnia.

Wyłączywszy więc przypadki, w których obok nieżytu oskrzelowego stwierdzono rozedmę płucową i przypadki bądź to nieżytu szczytowego ograniczonego bądź rozlanéj suchéj formy jako téż pojedyncze przypadki nieżytu drobnych oskrzeli, gdzie dopiero w dalszéj obserwacyi wybadać się dały objawy gruźlicy — nie mielibyśmy się co zastanawiać daléj nad nieżytem oskrzelowym.

Mówiąc o następstwach i komplikacyjach nieżytu oskrzelowego mówić zarazem wypada o następstwach rozedmy płucowéj. W jakim stosunku pozostają do siebie te dwie choroby? Powszechnie sądzą, że rozedma płucowa jest następstwem długotrwałego i powtarzającego się nieżytu oskrzelowego a na odwrót, że istniejąca już rozedma płucowa w następstwie swojém wywołuje nieżyt oskrzelowy; nie przecząc wcale, że tak nieraz jest i że w teoryi tak byćby powinno, zwracamy tutaj naszą uwagę na tę okoliczność, że w naszych przypadkach przebiegających wśród nie bardzo znacznéj rozedmy płucnéj wszystkie zmiany następowe i wszystkie objawy czynnościowe i podmiotowe dały się bardzo łatwo wytłumaczyć li z istnienia nieżytu oskrzelowego tak dalece, że rozedma płuc przytém istniejąca sama przez się nie pociągała za sobą żadnych następstw, któreby w innych narządach wybadać się dały i że po usunięciu nieżytu oskrzelowego wszystkie przypady ustępowały. Natomiast w przypadkach, gdzie rozedma płucowa była bardzo znacznego stopnia i już z powodu istnienia swego wywoływała znaczne przypady czynnościowe i podmiotowe (duszność, sinica itd.), tam właśnie nie stwierdzaliśmy towarzyszącego nieżytu oskrzelowego znaczniejszego stopnia. Do téj ważnéj kwestyi wrócimy jeszcze po porównaniu przebiegu choroby z wynikiem badania pośmiertnego

Napadowo występującą dychawicę (*asthma bronchiale*) stwierdzono w 12 p. (m. 8 kob. 4); według miesięcy w marcu u 3, w lutym, w kwietniu i czerwcu 2 chorych, w maju i w grudniu u jednego chorego. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Druga seryja posiedzeń w kwestyi cholery.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 20).

Na szóstem posiedzeniu demonstruje Koch świnki mor-

skie, zakażone lasecznikiem Briegera i przedstawia hodowle czyste lasecznika przecinkowego, otrzymanego z jelit świnek morskich.

Pettenkofer, przyznając możebność nabycia ochronności względem cholery i nie odmawiając wzajemnemu stosunkowi ludzi wpływu na szerzenie się cholery, zmniejsza różnicę istniejącą między jego zdaniem a zapatrywaniami Kocha. Z drugiéj zaś strony czyni Koch ustępstwo Pettenkoferowi przyznając, że grunt, a zwłaszcza powierzchowne jego warstwy, w których odbywa się rozkład istót organicznych, może się przyczynić do rozszerzenia się epidemii. Uwydatnia jednak zarazem, że grunt nie jest wyłącznym lecz tylko jednym z wielu czynników, wchodzących tu w rachubę. Miejscowa ochronność nie zależy również wyłącznie od jakości gruntu, lecz jest raczéj wynikiem bardzo różnorodnych stosunków, czego przykładem jest Lyon. W Indyjach istnieje tylko jedno miejsce ochronne, a mianowicie miasto Mooltan. Mowca wyliczając wiele przykładów, wskazujących, że obcowanie z ludźmi chorymi na cholerę nie jest niebezpieczném, nadmienia, że szerzenie się cholery za pośrednictwem okrętów nie tyle zawisło od natężenia epidemii na poszczególnym okręcie, ile raczéj od ilości okrętow, na których zaraza wybuchła.

Następnie wykazuje Koch, że dotychczas nie znamy żadnego faktu, któryby niezbicie dowodził szerzenia się zarazy za pośrednictwem powietrza. Powietrze mogłoby tu o tyle wchodzić w rachubę, o ile powietrze wilgotne podtrzymać może dłużéj życie laseczników, gdy tymczasem w suchém powietrzu prątki przecinkowe wkrótce giną. Fizyczne własności gruntu, jak np. nieprzepuszczalność właściwa iłowi, mogą chronić od cholery, jakkolwiek nie zawsze się to dzieje. Stan wody zaskórnéj nie może służyć za wskazówkę w rozszerzaniu się cholery, czego dowodzą spostrzeżenia poczynione w Indyjach, w Egipcie, Paryżu, Genewie i Neapolu. Woda do picia ma niepoślednie znaczenie w cholerze. Mowca wykazuje, że śmiertelność znacznie zmniejszyła się przez dostarczenie dobréj wody do picia w Kalkucie, Bombayu, Madrasie, Aleksandryi, Kairze itd.

Günther nadmienia, że w Saksonii w latach 1865, 1866 i 1873 śmiertelność między lekarzami i służbą szpitalną nie była wcale większą, niż między inną ludnością. Natomiast praczki mające do czynienia z bielizną osób zmarłych na cholerę przedstawiały większą śmiertelność w roku 1865 i 1866, prawdopodobnie z tego powodu, że brały bieliznę dla swego użytku. Następnie wspomina, że w Eisterbergu i w Dreznie grunt iłowy, jak się zdaje ochronę od cholery stanowił. W Saksonii przypadało w r. 1873 największe natężenie cholery równocześnie z najwyższą ciepłotą gruntu.

Pettenkofer uwydatnia, że w Kalkucie wstrzymało cholerę nie tyle zaprowadzenie wodociągów ile zastosowanie wielu innych ważnych środków hygijenicznych, mających na celu gruntowne osuszenie ziemi. Sama poprawa wody do picia nie wstrzymuje postępów cholery. Dla tego też w razie wybuchu zarazy nie należy się ograniczyć do sprowadzenia dobréj wody do picia, lecz trzeba przedewszystkiém dbać o dokładną asanizacyję gruntu.

Fraenkel zwraca się do Petenkofera z pytaniem, czy znane są jakie fakty, dotyczące miejscowéj i czasowéj dyspozycyi do epidemii, któreby stanowczo sprzeciwiały się przypuszczeniu, że lasecznik przecinkowy jest przyczyną cholery. W odpowiedzi określa Pettenkofer, że miejscowa i czasowa dyspozycyja zależy: 1) od fizycznéj własności gruntu (przepuszczalność), 2) od zawartości wody i jéj wahań, 3) od jéj nasycenia istotami organicznemi. Aby udowodnić, że jakiś prątek jest przyczyną cholery, należy przedewszystkiém wykazać, że tenże zostaje w pewnym związku z gruntem podobnie jak lasecznik malaryi. Zdaniem Virchowa nie stoi nic na przeszkodzie przypuszczeniu, że jad będący przyczyną cholery a rozwijający się w ziemi może się dostać do wody używanéj do picia. Dla tego też w celu wstrzymania cholery nie należy oszczędzać starań, mających na celu poprawienie wody do picia, zwłaszcza że z usiłowaniami tego rodzaju łączy się ściśle odpowiednia asanizacyja gruntu.

Jako środki ochronne przeciw cholerze wylicza Koch co następuje: 1) Bezpośrednie zniszczenie przyrzutu przez gruntowną dezinfekcyję kału, bielizny itp.; 2) usunięcie przyrzutu drogą dobréj kanalizacyi i postaranie się o dobrą wodę; 3) rychłe rozpoznanie pierwszych przypadków cholery i stłumienie epidemii w pierwszym zawiązku; chorych należy oddzielić od osób zdrowych i uniemożebnić roznoszenie przyrzutu; 4) pouczenie i uspokojenie publiczności, zarazem strzeżenie od używania niegotowanych potraw i niegotowanéj wody studziennéj. — Na uwagę Günthera, że według obecnego stanu naszéj wiedzy trudno oznaczyć, która woda jest szkodliwą, odpowiada Koch, że w tym kierunku trzeba uwzględnić nie tylko chemiczne własności wody, lecz także ilość i jakość mikroorganizmów znajdujących się w wodzie. — Kontrola na kolejach i okrętach winna mieć na względzie ochronę chorych i bezpieczeństwo osób zdrowych. Virchow nadmienia, że przenośny przyrząd dezinfekcyjny Bacona zabija wszystkie prątki, dla tego powinien tenże znaleźć obszerne zastosowanie w razie wybuchu epidemii. O kwarantanach w celu wstrzymania cholery nie może być mowy. Wysuszenie przedmiotów może, zdaniem Kocha, zastąpić z dobrym skutkiem dezinfekcyję kwasem karbolowym. Dezinfekcyję mieszkań przyspieszyć można przez należyte opalenie lub świeże obielenie ścian wapnem. Sublimat nie nadaje się do dezinfekcyi przedsięwziętéj na wielkie rozmiary.

Pettenkofer natomiast oświadcza, że wszystkie środki ostrożności, jak oddzielenie chorych, dezinfekcyja itp. nie rozstrzygają wcale, czy w pewném miejscu wybuchnie cholera czy nie, czy epidemija będzie silną czy słabą itd., jakkolwiek z drugiéj strony przyznaje, że cośkolwiek dla uspokojenia publiczności zrobić należy. — Zdaniem Kersandta wymaga interes państwa, aby uspokoić publiczność przez zastosowanie środków ochronnych. Mehlhausen wskazuje, że zwłoki osób zmarłych na cholerę należy owinąć w prześcieradła, napojone kwasem karbolowym i pochować w trumnach pomazanych smołą.

Virchow zamykając posiedzenie dziękuje wszystkim członkom komisyi i wyraża nadzieję, że dalsze przedmiotowe badania usuną dotychczas istniejącą różnicę zdań w kwestyi cholery. (*Berl. klin. Wochenschrift* 1885, Nr. 20). *Dr. Prus.*

Dr. Krysiński: **Uiber Enteritis membranacea.** Jena, 1884.

(Dokończenie. Patrz Nr. 20).

Jeżeli błony otrzymane przez kłócenie postronków w czystéj wodzie badamy pod drobnowidem, widzimy zawsze pośród szklistéj istoty komórki przybłonkowe jelit komórki okrągłe i mnóstwo różnych prątków. Istota szklista okazuje mnóstwo pasm nitkowatych prawdopodobnie skutkiem fałdów na powierzchni; obraz drobnowidowy jest zatém, zwłaszcza

jeżeli jest mało tworów komórkowych, podobny do obrazu tkanki łącznéj; lecz jeżeli dla uwidocznienia jąder dodamy kroplę kwasu octowego, to widzimy, że pasma nitkowate nie znikają, ale owszem liczba ich znacznie powiększa się, a przytém zarysy ich tak są ostre, że nie podobna ich odróżnić od włókien sprężystych lub istoty spajającéj komórki przybłonkowe. Oprócz tego często można w tych błonach spostrzedz rzeczywistą tkankę łączną z licznemi włókienkami sprężystemi lub szczątki mięśni gładkich.

Autor badał kilkakrotnie wypróżnienia z każdego przypadku, robiąc większą liczbę preparatów, z których jedne badał sposobem zwykłym, bez dodania odczynników, do innych dodawał kwasu octowego, do innych wreszcie roztworu błękitu metylowego, aby uwidocznić z jednéj strony jądra, a z drugiéj strony módz także robić poszukiwania za prątkami. Wreszcie ostatnią część preparatów barwił sposobem Ehrlicha na prątki gruźlicze. Przy tych poszukiwaniach znajdował on w preparatach: 1) Całkiem niezmieniony, wyraźnym brzegiem otoczony, przybłonek wałeczkowy. Pierwoszcza komórek tego przybłonka jest lekko ziarnista, jądro wielkie owalne; 2) komórki przybłonkowe tego samego kształtu bez wyraźnego brzegu, natomiast ułożone na błonie podstawowéj *(Basement membrane)*; 3) bardzo wąskie 2—2·5 μ szerokości a 25—60 μ długości mające komórki, których pierwoszcza jest wyraźnie grubo ziarnistą, jądro wrzecionowatego kształtu; 4) komórki wałeczkowe, znacznie we wszystkich kierunkach powiększone, dobrze utrzymane, z pierwoszczą silnie ziarnistą; 5) nieregularne komórki ziarniste zawierające jądro *(Ersatz v. Basalzellen)*; 6) komórki przybłonkowe płaskie powstałe prawdopodobnie z przemiany poprzednich; 7) wreszcie komórki kształtu regularnie owalnego, powstałe, jak się zdaje, przez pęcznienie komórek wałeczkowatych. Z komórek okrągłych znajdował: 1) komórki silne i grubo ziarniste rozmaitéj wielkości, w których nie można wykazać jądra ani za pomocą kwasu octowego ani ługu potasowego; również i barwiki zwykle nie uwydatniają jądra tych komórek; 2) komórki mniéj grubo ziarniste, podobne więcéj do ciałek ropnych z charakterystyczném oddziaływaniem jąder na kwas octowy i wreszcie 3) komórki okrągłe, z wyraźném wielkiém jądrem.

Z grzybków drobnowidowych znajdują się oba główne rodzaje, a mianowicie co się tyczy samych prątków, można odróżnić: 1) prątki bardzo smukłe o wiele cieńsze aniżeli prątki gruźlicze, długości 2.5—3 μ; 2) prątki z zarodnikami osadzonemi na końcach; 3) prątki wyraźnie członkowane; 4) prątki krótkie grube z zaokrąglonemi końcami.

Równie często jak prątki można wykazać i t. zw. *„cocci“* okrągłe i podłużne różnéj wielkości a wreszcie grzybki nitkowate, czyli pleśniawki, przedstawiające się w dwóch gatunkach, różnych co do wymiarów pojedynczych członków a mające ze sobą to wspólnego, że się nie rozgałęziają i nie zawierają zarodników.

Wreszcie zasługują na uwagę twory kuliste wielkie, bo do 4 μ dochodzące, które znajdują się bardzo często w preparatach suchych i odznaczają się bladém zabarwieniem.

Wszystkie te drobnowidowe grzybki w wielkiéj ilości widać w preparatach świeżych, pokrywające często prawie nieprzerwanie wielkie przestrzenie pola widzenia, podczas gdy w preparatach suchych znajdują się odosobnione lub w małych gromadkach.

Badanie chemiczne wypróżnień w téj chorobie bardzo mało przyczyniło się do rozjaśnienia rzeczy, i tak np. Nothnagel mógł we wszystkich swoich przypadkach wykazać tylko mucyn i gałczeń, do tego samego rezultatu doszedł i Fürbringer. Z innych autorów znalazł Clark białko i mucyn, Thomsen mucyn, białko i gelatynę.

Autor, rozbierając chemicznie wypróżnienia stolcowe w swoich przypadkach, wielokrotnie miał sposobność przekonać się, że masy śluzowe zawierają stale mucyn i ciała białkowate; natomiast nie udało mu się nigdy wykazać gałczenia. Wszakże z dotychczasowych badań nie można się nawet domyśleć, co jest zawarte w masach śluzowych oprócz tych dwóch składników.

Z tego ogólnego zestawienia da się na teraz tyle powiedzieć, że *„enteritis membranacea“* jest chorobą jelit połączoną z wielką produkcyją odrębnego rodzaju śluzu, z odrywaniem i wsteczną przemianą komórek przybłonkowych jelit i znacznem mnożeniem się ustrojów drobnowidowych. Ponieważ zaś trudno sobie wyobrazić, żeby komórki przybłonkowe mogły z tą samą szybkością odradzać się, z jaką następuje ich obumarcie, więc trzeba przypuścić, że błona śluzowa jest miejscami pozbawiona warstwy przybłonkowéj. Czy i głębsze ubytki znajdują się tu i owdzie, tego nie można wnosić z badania wypróżnień. Uderzającym objawem jest także w téj chorobie wielka leniwość wypróżnień a po każdém, choćby tylko krótkotrwającém, zatrzymaniu następuje znaczne pogorszenie, objawiające się przedewszystkiém zwiększoną ilością bryłek śluzu. Równie szkodliwie jak zatrzymanie wypróżnienia działają środki drastyczne. Z badania chemicznego masy śluzowéj wynika, że zawartość białka w téjże nie jest bez znaczenia dla ustroju, zwłaszcza w obec upośledzonego trawienia. Wreszcie ważną jest okoliczność, że ilość prątków skutkiem każdorazowego zatrzymania wypróżnień znacznie wzmaga się a z tém idzie w parze szybsze gnicie i rozkład treści jelit. Płynne i gazowe wytwory rozkładowe działają znów na odwrót niekorzystnie na stan ogólny i stan samych jelit.

Z tych uwag same wysnuwają się wnioski terapeutyczne: Najważniejszém zadaniem leczenia będzie zatém starać się o dostateczne wypróżnienia za pomocą środków łagodnie przeczyszczających. Naturalnie, że jakość tych środków zależy ściśle od osobniczego usposobienia chorego i w niektórych razach mierny ruch, rozcierane, zimne zlewania już są wystarczającemi; w innych przypadkach i to najczęściéj trzeba się uciekać do środków pewniéj działających a z tych na pierwszém miejscu trzeba postawić lewatywy, nie tylko dla tego, że sprowadzają wypróżnienia z najmniejszym stosunkowo uszczerbkiem dla jelit, ale oczyszczają zarazem światło jelit dokładniéj, aniżeliby się to dało uskutecznić innym sposobem. Autor chętniéj używa do wstrzykiwań roztworu 0·7% soli kuchennéj, aniżeli zwyczajnéj wody, bo sól kuchenna w tak małéj ilości pobudza łagodnie ruch robaczkowy jelit. Dopiero w tych razach, w których ten sposób nie wystarcza, używamy środków wewnętrznych. Środki solne rzadko bywają dobrze znoszone. Z aromatycznych środków alona i rzewień najczęściéj odpowiadają celowi, senes działa znacznie gorzéj. Tamaryndy i manna rzadko same wystarczają, lecz obok lewatyw można je z dobrym skutkiem stósować.

Drugiém ważném wskazaniem terapeutyczném jest dezinfekcyja jelit. Jakkolwiek żadnego ze znalezionych dotąd rodzajów grzybków nie można dotąd z pewnością uważać za przyczynę sprawy chorobowéj, i jakkolwiek równie dobrze wszystkie wyżéj wymienione rodzaje mogą być raczéj

jednym z objawów choroby, o tyle ważniejszym, że te twory drobnowidowe znajdują tu korzystniejszą glebę dla swego rozwoju; to jednak wątpliwości nie ulega, że gromadząc się w wielkiéj ilości w jelitach pogarszają sprawę i przyczyniają się do utworzenia tego błędnego koła; dla tego dezinfekcyja jelit jest w każdym razie dostatecznie uzasadnioną.

Środki przeciwgnilne można mięszać z każdą z podawanych lewatyw lub zadawać w ostatniéj lewatywie. Bardzo dobrze znoszą chorzy sublimat w rozczynie 1:10,000, równie korzystnie jest zadawać nadmanganezian potasowy w bardzo słabym rozczynie. Jeżeli dotychczasowe doświadczenia stwierdzą się, to w olejku miętowym będziemy mieli bardzo dobry środek ku temu celowi a zadawanym być winien w rozczynie 0·01% najlepiéj w lewatywie, zawierającéj już sól kuchenną. Dla łatwiejszego oznaczenia ilości dobrze jest mieć 1—2% wyskokowy rozczyn tego olejku, z którego się bierze np. 10 cm. sz. na litr wody. Po parodniowém używaniu znikają prątki prawie zupełnie a równocześnie ustają wiatry i bębnica. Jeżeli obok tego podamy choremu *bismutum subnitricum* w średnich dawkach od 0·2—0·5, to wprowadzamy do przewodu pokarmowego środek działający osłaniająco, szczmiąco i przeciwgnilnie na błonę śluzową jelit [1]).

Przy tém leczeniu i odpowiedniém zachowaniu się chorego, widział K. zaczne polepszenie, czy w dalszym ciągu nastąpiłoby zupełne wyleczenie, wątpić należy, przynajmniéj czteroletnie obserwacyje autora do tak optymistycznych przypuszczeń wcale nie uprawniają. *Dr. Otto.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ Konferencyja sanitarna. Na zaproszenie Rządu, włoskiego zebrała się w d. 15 bm. w Rzymie konferencyja sanitarna złożona z delegatów różnych państw. Ściśle określonego programu nie wytknięto z góry dla obrad téj konferencyi, wyznaczy ona sobie sama komisyję, która to uskuteczni. Włoski minister spraw zagranicznych Mancini wystósował jednak do Rządów państw, które udział wziąść mają, notę, w któréj skreślono zapatrywania rządu włoskiego. — Konferencyja ta ma mieć podwójne zadanie: techniczno-naukowe i dyplomatyczno-administracyjne. Ze względu na pierwsze celem będzie téj konferencyi zbadanie uchwał poprzednich Komisyj sanitarnych zwłaszcza wiedeńskiéj i rozstrzygnięcie, które uchwały wypada zatrzymać a które znieść. Ze względu zaś na dyplomatyczno-administracyjne zadanie, celem téj konferencyi będzie zbadanie środków ochronnych, które możnaby zastósować uwzględniając interesa handlu i wolność wzajemnego obrotu, a również ustanowienie podstaw do międzynarodowego przez wszystkie Rady przyjąć się mającego porozumienia co do możliwego stłumienia chorób zaraźliwych. Celem też téj Konferencyi będzie ustanowienie norm na jednostajnych zasadach opartych bądź dla kwarantan, bądź też dla innego jakiegoś systemu, ochronnego.—Wyjętą z pod obrad będzie sprawa tocząca się co do składu i praw egipskiéj Rady sanitarnéj, w odpowiednim jednak czasie będzie mogła Konferencyja zużytkować ze szczegółowych obrad wynikłe postanowienia. Ostatniém zadaniem téj Konferencyi będzie ustanowienie zasad praktycznych i istotnych co do zaprowadzenia bezpośredniego międzynarodowego systemu powiadamiającego, jaki na Konferencyi w Waszyngtonie zaprojektowano. Konferencyja ma też wskazać, w jaki sposób w odpowiedniém miejscu mogłoby być ustanowione biuro urzędowe przyjmowania i rozsełki doniesień pewnych o stanie zdrowia do wiadomości Rządów biorących udział w międzynarodowéj unii sanitarnéj, jaka ma być zawiązaną na podstawie postanowień Konferencyi. — Konferencyja będzie mieć zresztą zupełną wolność wniosków i obrad a więc zupełną wolność działania.

[1]) Ciekawą byłoby rzeczą wiedzieć, czy tyle w ostatnich czasach zachwalany naftalin nie okazałby się i w téj chorobie skutecznym. *Przyp. Spraw.*

* Na Konferencyi téj reprezentuje Niemcy prof. Koch, Austryję prof. E. Hofmann, Węgry radca sekcyjny Dr. Leopold Gross i kapitan marynarki hr. Teodor Batthyani, Francyję Brouardel, Proust i Rochard, Anglię Guyer Hunter i Thorne Thorne, Rząd egipski Abbata Pascha (lekarz włoski w służbie Khedywa), Rząd indyjski Fayres i Lewis.

○ Rady miast Petersburga i Moskwy zastanawiały się nad środkami ochronnemi w razie wybuchu cholery. Rada miasta w Petersburgu udzieliła Magistratowi kredytu dosięgającego kwoty 30.000 rs. na środki ochronne, założenie szpitali cholerycznych itd. Rada miejska w Moskwie uchwaliła w podobnym celu 90.000 rs. Obie rady zgodziły się, aby w razie, gdyby cholera szersze przybrała rozmiary, udać się z prośbą do skarbu państwa o pomoc w kwocie 300.000 rs.

○ W dniach 3, 4 i 5 września rb. odbędzie się w Budapeszcie Zjazd lekarsko-higijeniczny. Na porządku dziennym są: Śmiertelność dzieci. Zarząd sanitarny. Współdziałanie stowarzyszeń w popieraniu zdrowia publicznego. Sprawy gminne dotyczące zdrowia publicznego.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 26 kwietnia do 2 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 24,6. Z płonicy umarło 0 (2 z. t.); z róży 0 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 3 przypadkach odry, 5 płonicy, 1 krztuśca. W tygodniu od 19—25 kwietnia umarło z ospy w Londynie 36, leczyło się w szpitalach 1123, świeżo zapadło 272. Z ospy umarło w Warszawie 6, w Odesie 7, w Rzymie 8, w Lizbonie panowała ospa w styczniu: w Bazylei, Zurychu, Liwerpolu, Manchester umarło po 1. w Petersburgu 2. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Petersburgu po 2, Odra panuje w Londynie, Liwerpolu, Manchester i Stokholmie. Z cholery umarło od (8—14 marca) 32 w Kalkucie, w Madrasie (od 14—20 marca) 8, w Bombayu (od 18—24 marca) 29.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 19—25 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 37,4; w Warszawie 29,7; w Berlinie 25,1; w Hamburgu 26,0; we Wrocławiu 32,4; w Gdańsku 29,2; w Mnichowie 36,4; w Dreźnie 25,8; w Lipsku 28,6; w Bazylei 23,4; w Brukseli 27,2; w Amsterdamie 24,1; w Hadze 26,7; w Londynie 22,3; w Kopenhadze 23,2; w Stokholmie 24,4; w Chrystyjanii 24,4: w Petersburgu 38,2: w Odesie 35,8; w Rzymie 23,2; w Wenecyi 32,5; w Bukareszcie 39,0; w Lizbonie 36,2; w Aleksandryi 29,3; w Nowym Yorku 30,1; w Filadelfii 23,0; w Bombayu 27,5; w Madrasie 40,7. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 maja. W dniu dzisiejszym przybył do Krakowa Dr. Napoleon Cybulski, prosektor przy katedrze fizyologii i Akademii wojskowo-lekarskiéj w Petersburgu. Zaproszony przez Wydział lekarski na katedrę opróżnioną po śp. Piotrowskim, Dr. Cybulski przyjął wezwanie i w przejeździe do Niemiec i Szwajcaryi zatrzymał się u nas, celem rozpatrzenia się w potrzebach zakładu fizyologicznego i stosunkach tutejszych.

* Redakcyję *Przewodnika gimnastycznego* po śp. Żulińskim objął radca sanitarny Dr. Krówczyński. — W Krynicy podczas pory kąpielowéj wychodzić będzie tygodnik *„Krynica,“* pismo poświęcone sprawom zdrojowisk polskich pod redakcyją inżynijera Baba.

* W Cieplicach czeskich do 15 maja było gości 504.

Praga czeska. Na posiedzeniu „Spolku lékařův českých“ w dniu 11 maja Dr. Schwarz demonstrował ławkę szkolną zbudowaną według zasad higijenicznych pomysłu Albersa i Wedekinda. Następnie demonstrował prof. Hlava kilka preparatów anatomicznych pochodzących z sekcyj dokonanych w dniach ostatnich. Między innemi zasługują na uwagę następujące. 1. Mięsak wychodzący z podstawy czaszki (z *syndchondrosis occipito-sphenoidalis),* zajmujący tylną część jamy nosowéj, *cavum pharyngonasale,* i tylną część jamy ust. 2. *Diverticulum* gardziela przebijające się do zropiałego gruczołu kołooskrzelowego, jama gruczołu komunikowała nadto z oskrzelem i większą gałęzią tętnicy płucowéj. Ztąd pochodził śmiertelny krwotok. — Przypadek ten dotyczył 70-letniego mężczyzny, 3. Zwężenie rzeżączkowe cewki

moczowéj, w następstwie którego powstały ropnie w gruczole krokowym, zropienie pęcherzyków nasiennych, *vasa deferentia* i przyjądrzy. W pęcherzu zapalenie dławcowe postępujące aż do miedniczki nerkowéj lewéj, i ropnie w téj nerce. Prócz tego w przypadku tym dotyczącym 62-letniego mężczyzny znaleziono *synechia pericardii totalis* i degeneracyję mięśnia sercowego,— oraz *orchitis fibrosa* dawniejszego pochodzenia.

Na dzisiejszém zaś posiedzeniu „Spolku lek. česk.“ demonstrował 1. asystent prof. Weissa przypadek z kliniki chirurgicznéj. Byłoto *chondrosarcoma* szczęki dolnéj lewéj u młodéj dziewczyny, rosnące już od 8 lat, a które doszło do wielkości głowy dziecka. Prof. Weiss nowotwór ten wyłuszczył, rana goi się dobrze. Następnie prof. Hlava demonstrował: 1.) Dosyć rzadki przypadek gruźlicy włóknistéj umiejscowionéj na ostrzewnie i w gruczołach brzusznych, z następowém zajęciem gruczołów około-skrzelowych i rozszerzeniem w płucach. Niezliczona ilość guzków wielkości prosa — aż do wielkości grochu na całéj otrzewnie, guzków twardych, częścią zwapniałych przypomina w tym przypadku perłowinę u bydła (*Perlsucht*). 2.) Przypadek *arthritis deformans* z złamaniem w kościach stawu barkowego.

Dr. Obrzut.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Docent chemii lekarskiéj, lekarz pułkowy Dr. Kratschmer otrzymał pozwolenie wykładania także higijeny. Dr. Julijusz Wagner habilitował się jako docent patologii nerwów a Dr. Gustaw Riehl jako docent chorób skórnych i kiłowych. Prof. Spaetha zastępuje w półroczu letniém asystent jego Dr. Ehrendorfer. — **Praga czeska.** Dr. Józef Zit potwierdzony został jako docent prywatny chorób dzieci w Wydziale lek. czeskim a Dr. Singer habilitował się jako docent chorób wewnętrznych w Wydziale lek. niemieckim.—**Berlin.** Wydział lekarski na katedrę opróżnioną po śmierci Frerichsa przedstawił następujących 3ch kandydatów: Gerhardta w Würzburgu, Leubego w Tübindze i Senatora w Berlinie.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. n. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Józef Surzycki z Rożanki w Król. Polskiém, Teofil Stachiewicz z Gródka i Wincenty Tryczyński z Zaczernia w Galicyi.

* **Nekrologija.** Profesor Dr. Ludwik Górecki. D. 5 maja (n. st.) zakończył życie w Kijowie Dr. Ludwik Górecki, wieloletni profesor w Uniwersytecie Św. Włodzimierza, głośnego i zasłużonego rozgłosu praktyk, wysoce ceniony dla cnót i charakteru obywatel, Urodzony 1825 r. w Równém na Wołyniu, ukończył nauki lekarskie w Kijowie 1848 r., a następnie spędził lat parę zagranicą, uzupełniając swą wiedzę pod kierunkiem pierwszorzędnych ówczesnych mistrzów. Po powrocie do Kijowa otrzymał posadę stałego asystenta w klinice chorób wewnętrznych, i wykładał jednocześnie propedeutykę lekarską. W r. 1855 obronił rozprawę na stopień doktora medycyny, a w 1858 został profesorem nadzwyczajnym chorób skóry i założył pierwszą w Rosyi klinikę dermatologiczną. Rok 1863 położył tamę ś. p. Góreckiemu w dalszém posunięciu się po szczeblach hijerarchii profesorskiéj: a chociaż miał on byt niezależny, a nowa ustawa pozbawiała go prawa do wszelkiego awansu, Górecki idąc za głosem sumienia, z Mohortowém hasłem nie zeszedł z kresowéj placówki, aż ciężka nieuleczna choroba zmusiła go 1880 r. do rezygnacyi z posady profesorskiéj i wiceprezesostwa w Towarzystwie lekarzy kijowskich. Do prac ważniejszych ś. p. Góreckiego należą: 1) *De sputis in pneumonia acuta primaria*, Kijoviae, 1855 r. 2) *O fizycznych przyczynach tworzenia się w płucach rzężenia trzeszczącego.* Kijów, 1859 r. 3) *Listy z podróży za granicą w celu naukowolekarskim odbytéj 1863 r. 4) Otczot po klinikie nakożnych boleźniéj Uniwersitieta św. Władimira za 1870 g. Kijów. 5) Przyczynek do geografii lekarskiéj rozprzestrzenienia parchów w Rosyi* (po rosyjsku). 6) *Obecny stan kwestyi o szczepieniu krowianki* (po rosyjsku) *1873 r.* — Ze śmiercią śp. Góreckiego schodzi do grobu jedna z wybitniejszych postaci na Ukrainie: postawy wspaniałéj, usposobienia łagodnego acz stanowczego, przekonań wzniosłych, umysłu światłego, śp. Górecki był typem człowieka pracy i charakteru; z jego zgonem powstanie znaczna luka w liczebnym stosunku przedstawicieli inteligencyi w stolicy naddnieprzańskiéj. Wdzięczna pamięć licznych uczniów nie wygaśnie dla świeżo zmarłego profesora; obywatele Ukrainy długie lata czerpać będą wzory z jego życia nieskazitelnego; po śp. Góreckim pozostanie, mówiąc słowami Słowackiego, „ta siła fatalna“, mocą któréj wybrani całkiem nigdy nie umierają. Cześć jego pamięci i pokój duszy szlachetnéj.

Dr. J. K.

Prof. Gustaw Jakób Henle, znany w całym świecie anatom gietyngski, umarł d. 13 maja w 76 roku życia. Urodzony w r. 1809 w Fürth w Frankonii, po ukończeniu medycyny był asystentem Rudolphiego i Jana Müllera, w r. 1837 habilitował się w Berlinie, w r. 1840 otrzymał tytuł profesora, późniéj wykładał anatomiję i fizyjologiję w Zurychu i Heidelbergu i od r. 1852 nieprzerwanie aż do śmierci był profesorem anatomii w Getyndze. Zasługi i dzieła są powszechnie znane.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 20: Glucińskiego (z kliniki prof. Korczyńskiego): Działanie wyskoku na czynność żołądka ludzkiego tak w stanie fizyjologicznym jak i patologicznym; Perkowskiego: Osteoplastyczna zasada rękoczynu Pirogowa Le Forta. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 20: Szwajcera: Ślepota i ślepota połowiczna w przebiegu tyfusu brzusznego; Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze (dok.)

Redakcyja otrzymała:

TAMASSIA: Sulla determinazione cronologica delle macchie di sangue. (Odbitka z „Atte del R. Istituto Veneto“) in 8vo str. 22.

Tenże: Sopra alcune inesatte asserzioni concernente i cristalli d'emina. (Odbitka z tegoż pisma) in 8vo str. 12.

Tenże: Contribuzione allo studio medico-forense dei traumi sull'addome. (Odbitka z „Rivista sper.“) 1884 in 8vo str. 11.

Prof. Dr. KISCH: Marienbad in der Saison 1884, Prag 1885, in 8vo str. 15.

Prof. Dr. WRÓBLEWSKI: Uiber den Gebrauch des siedenden Sauerstoffs, Stickstoffs, Kohlenoxyds, sowie der atmosph. Luft als Kältemittel. (Odbitka z „Sitzb. d. k. Akademie d. Wissensch. 1885) in 8vo str. 45 z tabl.

Dr. W. JAWORSKI: Uiber Pepton-Ernährung. (Odbitka z „Zeitschr. f. Ther.“ in 8vo str. 8.

Dr. WŁ. ŚCIBOROWSKI: Trwanie życia w Krzeszowicach i okolicy. (Odbitka ze Zbioru Wiad. do Antropol. Kraj. Akad. Umiejęt.) in 8vo str. 12.

Dr. BELLIARMINOW (z pracowni prof. Tarchanowa w Petersburgu): Primienenie graficzeskogo metoda k'izsliedowaniu dwiżenija zraczka. Fotokoreograf. Petersburg 1885. (Odbitka z „Russkoi Mediciny“ in 8vo str. 20.

RYDYGIER: Beitraege zur Magendarmchirurgie. (Osobne odbicie z „D. Zeitschr. f. Chir.“ XXI), in 8vo str. 40.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 27 bm. o godzinie 6éj wieczorem w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém 1) kol. Obaliński okaże kilka narzędzi nowych własnego pomysłu, poczém 2) kol. Rosner Jan opowie przypadek porodu powikłanego torbielem wielokomorowym jajnika (z kliniki prof. Madurowicza).

Na fundusz portretu śp. prof. Kozubowskiego złożyli: Dr. Bulikowski z Gleichenbergu 5 zła., Dr. Gawlik z Suchy 2 złr., Dr. Knihynicki z Niska 2 zła., Dr. Lewandowski z Tłuczani 2 złr., Dr. Senft z Bielska 1 zła. Dr. Szczepański z Strzyżowa 2 zła., co razem z poprzednio złożonemi czyni kwotę 254 złr.15 kr.

Do Nru dzisiejszego dołącza się dla Prenumeratorów w Cesarstwie austryjackiém: List Dr. W. Jaroszyńskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 30 maja 1885. **№ 22.** Rok XXIV.

I. Z zakładu farmakologicznego w Dorpacie.

O farmakologii żelaza.

Wykład docenta i zastępcy profesora
Dra Walerego Podwysockiego.
(Dokończenie. Patrz Nr. 21).

Do skutków nadmiernéj ilości żelaza we krwi zaliczać należy wzmocnione ruchy serca z powiększoném ciśnieniem krwi w naczyniach i dla tego wzmożoną czynność serca z następowemi przypływami krwi i długotrwałemi jéj zastojami w miejscach ustroju, posiadających delikatne tkanki. Do empirycznego używania żelaza w czasach obecnych według powyższych wskazówek zaliczam przepisywanie go w zołzach, gdzie go często z jodem zalecają, w zwyrodnieniu skrobiowatém nerek, w osłabionym stanie organizmu po tyfusach, po utracie znacznéj ilości krwi, w chorobie angielskiéj, w chorobie Basedowa, w zatrzymaniu miesiączki, a nawet wobec polucyj. W chorobach tych może rzeczywiście działać żelazo o tyle pomyślnie, jak i inne środki, zdolne do wzmocnienia miejscowego odżywiania części ustroju przez wzmocnione do nich przypływy krwi.

Żelazo używa się jeszcze zewnętrznie: 1) W uszkodzeniu całości tkanek i naczyń jako środek ściągający, 2) w kąpielach, żeby wprowadzać żelazo do organizmu, gdy uniknąć należy wprowadzenia *per os*, i 3) dla przeciwgnilnych i odtruwających własności niektórych preparatów żelaza. Punkt pierwszy już omówiłem i pierwszeństwo w tym względzie należy się związkom chlorku żelaza i siarczanowi tlenku żelaza. W drugim przypadku używanie żelaza nie ma żadnych podstaw i jestem tego samego zdania, co Lichtenstein w Niemczech, Gubler we Francyi i Manassein w Rosyi, ponieważ żelazo nie może być przez skórę rezorbowane. Jako odtrutka służy żelazo tylko przeciw arszenikowi, mianowicie przeciwko kw. arsenawemu dla tych swoich tlenników, które z nim, t. j. z kw. arsenawym, tworzą nierozpuszczalne związki. Powiedziałem dla tych tlenników dla tego, że preparat *Ferrum dialysatum*, który stanowi ten sam tlennik, nie wchodzi w związki nierozpuszczalne z kw. arsenawym. Jako preparat dezinfekcyjny służy siarczan tlenku żelaza *(Ferrum sulphuricum oxydulatum)*. Własności podobne cechują ten preparat tylko o tyle, o ile przy gniciu ciał rozwija się siarkowodor i amonijak, z których pierwszy tworzy z żelazem nierozpuszczalny siarczek żelaza *(Ferrum sulphuratum)*, a drugi z kw. siarczanym siarczan amonijaku *(Amononium sulphuricum)*, niemający żadnego zapachu. Dla usunięcia złéj woni, jaką wydają wypróżnienia dorosłego w ciągu dnia wystarcza 1 uncyja siarczanu tlenku żelaza.

§. 12. Pod koniec tego krótkiego farmakologicznego zarysu nauki o żelazie, opartego jednak pod wieloma względami na nowych podstawach, zapoznam Panów z kilkoma własnemi doświadczeniami nad solami żelaza, które mnie doprowadziły do nowych poglądów na znaczenie lekarskie używanych obecnie preparatów żelaza i do wynalezienia nowego preparatu w formie s t a ł e g o n i e z m i e n i a j ą c e g o s i ę n a p o w i e t r z u związku, odpowiadającego tlenkowi żelaza (*Ferrum oxydulatum*).

Oto na czém się zasadzają te doświadczenia:

1) Wiecie Panowie, że sole tlenku żelaza zabarwiają się z żelasinkiem potasu jasno-błękitno. Tak samo zabarwiać się będzie i wyciąg mięsny, zrobiony np. z mięsa cielęcego za pomocą wody letniéj, jeżeli się doda do niéj maleńką ilość siarczanu tlenku żelaza (*Ferrum sulph. oxydul.)*, albo téż jeżeli wyciąg ten przed dodaniem soli żółtéj z tlenkiem żelaza (*Ferrum oxydulatum*) ogrzejemy do 100°. Dodajcie Panowie jednak zamiast tego do wyciągu mięsnego, po skłóceniu go z siarczanem tlenku żelaza, węglanu sodu, albo węglanu potasu dopóty, dopóki nie będzie więcéj opadał węglan tlenku zelaza (*Ferrum carbonicum oxydulatum*) z ekstraktu, unikając według możności nadmiaru węglanów alkalij; zagrzejcie płyn następnie, odfiltrujcie go od osadu żelaza i

19.

badajcie filtrat za pomocą téj saméj soli żółtéj, to nie otrzymacie żadnego zabarwienia; dodajcie jednak do tego filtratu oprócz soli żółtéj trochę kwasu solnego aż do miernego przesycenia alkaliczności jego, a otrzymacie zabarwienie filtratu pięknie błękitne. Czegóż to dowodzi? Oto tego, że żelazo było w połączeniu w filtracie z białkami, na które nie działała sól żółta przed rozłożeniem połączenia za pomocą kwasu solnego; zauważcie Panowie przytém, że w osadzie błękitnym będzie teraz i istota białkowa opadająca z roztworu. Dla skontrolowania weźcie Panowie roztwór siarczanu tlenku żelaza, dodajcie doń którykolwiek z wyż wspomnianych węglanów w ten sam sposób, odfiltrujcie go i badajcie, jak poprzednio, za pomocą soli żółtéj i kwasu solnego a nie otrzymacie zabarwienia błękitnego, jeżeli wydaliliście z płynu wszystko żelazo za pomocą alkalij. W wodzie rozpuszcza się, jak wiadomo, białkan tlenku żelaza, lecz nie zapomnijcie, że białkan tworzący się w sposób, jaki opisałem, rozkłada się za najmniejszym nadmiarem kwasu, nawet bez zagrzania, a w hematynie mieści się żelazo w takim związku właśnie z istotą białkową, że może zeń być wydzielone tylko za pomocą zgęszczonego kw. siarczanego, albo silnego kw. solnego przy mocném zagrzaniu.

2) Istnieje preparat *Ferrum pyrophosphoricum cum Ammonio citrico*, używany chętnie ostatniemi czasy przez lekarzy, gdzie idzie o osoby niedokrewne ze słabym żołądkiem. Jak się z moich doświadczeń okazało, preparat ten ma te oryginalne własności, że, uważany jako tlennik żelaza daje reakcyje z potasem rodanowym na tlennik (zabarwienie purpurowe) wtedy tylko, gdy będzie zakwaszony kwasem solnym; własność ta cechuje także preparat nazywany octanem tlenku żelaza (*Ferrum aceticum*), octan żelaza jednak pozostaje w zupełnie innym stosunku do istot białkowych, aniżeli *Ferrum pyrophosphoricum*, jak to późniéj wykażę.

Doświadczenie to wykazało: *a*) Że wyż wymienione żelazo daje z ekstraktem mięsnym i wspomnianą solą żółtą barwę błękitną. *b*) Z ekstraktem mięsnym, za dodaniem doń węglanu sodu zabarwienie niebieskawe. *c*) Że preparat ten, dodany do wody albo do ekstraktu mięsnego, nie daje z wymienionemi węglanami osadu węglanu tlenku żelaza, że z płynem mięsnym pozostaje zawsze w stanie wolnym i nie łączy się z istotami białkowemi, ponieważ w przeciwnym razie nie zabarwiałby się pod wpływem soli żółtéj. Żeby wskazać szczególne własności tego preparatu, nienadającego się do połączeń z białkami, powinienem dodać, że prędzéj jeszcze rozpuszcza się w wodzie zakwaszonéj kwasem solnym, aniżeli w wodzie czystéj; barwa tego roztworu, nawet przy nieznacznéj w nim ilości wymienionego preparatu, będzie z kwasem solnym więcéj żółtą i jeżeli się doda doń jakiegokolwiekbądź węglanu aż do zobojętnienia kwasu, nie wydzieli się osad węglanu żelaza.

3) Brak jest zupełny takiego połączenia żelaza z chlorem, odpowiadającego tlenkowi, które nie zmieniałoby się na powietrzu na tlennik. Mając to na uwadze i pragnąc wykonać doświadczenia z czystym tlenkiem, obmyśliłem nowy sposób przygotowywania takiego związku wymienionego żelaza, który nie przechodziłby w tlennik. Opis sposobu przygotowywania tego żelaza, odpowiedniego dla użytku lekarskiego, ogłoszę niezadługo. Co się zaś tyczy doświadczeń naszych dla celów, to polegały one na tém, co następuje: *a*) Dodajcie Panowie do opisanego już ekstraktu mięsnego kilka kropli roztworu tego jednochlorku żelaza; skłóćcie tę mięszaninę, zagrzejcie i badajcie ją, nie filtrując, za pomocą soli żółtéj, a okaże się, że zabarwienie niebieskie wcale nie nastąpi, jeżeli do ekstraktu mięsnego wzięto ilość dostateczną. Dla skontrolowania weźcie Panowie ćwierć kropli tego żelaza, rozcieńczcie ją wodą, dodajcie téj saméj soli żółtéj, a spostrzeżecie wyraźną barwę błękitną; to samo zabarwienie otrzymacie i w ekstrakcie mięsnym po dodaniu doń kwasu solnego. Ta ostatnia okoliczność świadczy także o tém, że kwas solny w obecności istot białkowych nie zamienił i nie zamienia jednochlorku żelaza w dwuchlorek, jak sądzą niektórzy. *b*) Zneutralizujcie mięszaninę ekstraktu mięsnego z jednochlorkiem żelaza aż do alkalicznéj reakcyi a nastąpią te same zjawiska, które poprzednio były opisane przy doświadczeniach z siarczanem tlenku żelaza. *c*) Dodajcie do ekstraktu mięsnego trochę kwasu solnego aż do wystąpienia wyraźnéj reakcyi kwaśnéj, zagrzejcie, dodajcie następnie tego samego jednochlorku żelaza, a spostrzeżecie, że i teraz płyn pozostanie przeźroczysty, jak i bez dodania kwasu; dodajcie jednak jakiejkolwiek zasady aż do alkalicznego odczynu, a płyn zmętnieje. Odfiltrujcie te męty; badajcie następnie filtrat za pomocą soli żółtéj, a przekonacie się, że płyn pozostanie bezbarwny dopóty, dopóki doń nie dodacie np. kwasu solnego. Doświadczenie to przemawia bezwarunkowo p r z e c i w twierdzeniom Nothnagla, że w p ł y n a c h k w a ś n y c h b i a ł k a n i e ł ą c z ą s i ę z ż e l a z e m. Do tego dodam jeszcze, że jednochlorek żelaza ma własność zamieniania się przy obecności nadmiaru kwasu solnego na dwuchlorek, jak to widać z prób za pomocą rodanku potasu i że zamiana ta także mu nie przeszkodziła połączyć się z białkami ekstraktu mięsnego i utworzyć oddzielny związek samodzielny. Potrzeba tylko pamiętać, że połączenie istot białkowych z żelazem może mieć miejsce w płynach kwaśnych o pewnéj kwaśnéj koncentracyi i to takiéj np. jak sok żołądkowy albo i większéj i że kwasy o pewném więcéj silném zgęszczeniu mogą rozkładać i rozkładają te związki.

Oprócz tego, co już wyjaśniono, badania powyższe dowodzą jeszcze: że w ę g l a n y a l k a l i j s t r ą c a j ą w s z y s t k o ż e l a z o z r o z t w o r ó w j e g o w w o d z i e, j e ś l i w n i é j n i e m a i s t o t b i a ł k o w y c h; w p r z e c i w n y m r a z i e c z ę ś ć r o z p u s z c z o n e g o w n i é j ż e l a z a p o z o s t a j e w r o z t w o r z e j a k o z w i ą z e k c h e m i c z n y z b i a ł k a m i i p r z y o b e c n o ś c i n a d m i a r u w ę g l a n ó w a l k a l i j. C o d o h y d r a t ó w t l e n n i k ó w m e t a l i a l k a l i c z n y c h, p o t a s u itd. i n n e m o j e d o ś w i a d c z e n i a w y k a z a ł y, ż e p r z y o s a d z a n i u w o d n y c h r o z t w o r ó w n i e o r g a n i c z n y c h t l e n k ó w ż e l a z a z a p o m o c ą s o d u g r y z ą c e g o i p o t a s u g r y z ą c e g o p o z o s t a j e c z ę ś ć ż e l a z a w r o z t w o r z e w z w i ą z k u z s a m e m i a l k a l i j a m i, g d z i e ż e l a z o o d g r y w a j a k b y r o l ę k w a s u.

4) W dopełnieniu poprzednich doświadczeń zbadałem jeszcze za pomocą rozmaitych sposobów, a więc za pomocą rozmaitych alkalij, kwasów, ekstraktu mięsnego i nadto s o l i k u c h e n n é j, związki żelaza z kwasami octowym, winnym, mlecznym i fosforowym. Następujące wyniki dopełniły poprzednich wiadomości o żelazie: *a*) Po zagrzewaniu roztworu dwuchlorku żelaza z solą kuchenną opada wodan tlennika żelaza a w roztworze pozostaje tlenek zelaza. *b*) Mleczan żelaza nie daje połączeń z białkami zwierzęcemi, póki nie będzie rozpuszczony w kwasie solnym. *c*) Winian żelaza nie daje osadu z węglanami alkalij i zachowuje się jak *Ferrum pyrophosphoricum* w wyż wspomnianém doświadczeniu.

d) Octan żelaza bardzo szybko łączy się z istotami białkowemi i nawet prędzéj niż chlorek jego. *e*) Fosforan żelaza rozpuszcza się w kwasie solnym i osadza ztamtąd za pomocą węglanów i fosforanów alkalij. Co do znaczenia wszystkich tych okoliczności, to zwracałem na nie uwagę w ciągu niniejszego wykładu.

Treść wykładu i doświadczeń wykazuje nadto, że przyczyna wyłuszczonych przezemnie i panujących sprzecznych zdań co do żelaza mieści się z jednéj strony w niedostatku wiadomości o stosunkach rozmaitych połączeń żelaza do istot białkowych ustroju zwierzęcego, z drugiéj w ogólnych wnioskach, na które pozwalali sobie niektórzy badacze na pod stawie kilku zaledwie doświadczeń z jednym tylko jakimkolwiekbądź związkiem żelaza.

Mówiąc o zawartości żelaza w pokarmach i o strawności tychże, wspominałem już, że asystent tutejszego zakładu farmakologicznego Zaleski wykonywał i wykonywa wciąż zajmujące doświadczenia nad zawartością żelaza w wątrobie po całkowitém uwolnieniu jéj od krwi i żółci. Skorzystałem z przygotowanéj przezeń tym sposobem wątroby wolnéj zupełnie od wspomnianych płynów. W ciągu ostatnich prac moich nad żelazem udało mi się zauważyć, że związki odpowiadające tlennikowi żelaza, jak np. półtorachlorek żelaza, rozpuszczają się w nadmiarze rodanku potasu. Wobec tego, wiedząc już z doświadczeń Zaleskiego, że w wątrobie mieści się bardzo dużo żelaza, jednakże w nieznaném tegoż połączeniu, traktowałem kawałek takiéj wątroby na zimno wodą za dodaniem rodanku potasu. Pozostawiwszy mięszaninę tę około godziny w spokoju, odcedziłem płyn od wątroby i badałem go tak samo, jak i poprzedni mój ekstrakt mięsny za pomocą soli żółtéj: płyn nie zmienił się wcale, gdy jednak dodałem doń trochę kwasu solnego, przyjął barwę niebieską. Okoliczność ta obok potwierdzenia faktu skonstatowanego przez Zaleskiego, że żelazo znajduje się w wątrobie w związkach organicznych, dowodzi nadto, że związki te polegają na chemicznych połączeniach żelaza z istotami białkowemi. Pewien jestem w skutek tego, że i hematogena Bungego przy traktowaniu jéj za pomocą wspomnianéj soli żółtéj bez dodania kwasu nie daje żadnego zabarwienia, da je jednak bezwarunkowo za dodaniem kwasu; zachodzi tym sposobem jeszcze wielkie pytanie, czy się ona tak bardzo różni od wszystkich związków białkowych, które wyliczyłem, z wykluczeniem hemoglobiny. Zdaje mi się nadto być niewątpliwém, że związek żelaza z każdą nową istotą białkową przedstawi inne formuły składu téjże niezależnie od żelaza, ponieważ dotąd nie posiadamy jeszcze jednéj wspólnéj formuły dla istot białkowych, lecz przeciwnie, rozmaite dla rozmaitych.

II. O metodach badania i hodowli bakteryj, jakoteż o związku tychże z chorobami zakaźnemi.

(Rzecz odczytana na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego z d. 6 maja)

przez **Dra Bossowskiego,**
elewa kliniki chirurgicznéj w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

Zaletą hodowli na płytach jest po pierwsze, rozdzielenie wszczepionego materyjału do tego stopnia, że z pojedynczych odosobnionych zarodków rozwijają się pojedyńcze gromadki jednogatunkowych organizmów; druga niemała ich wartość polega na możności kontrolowania ich mikroskopem, przy pomocy którego nietrudno rozróżnić cechy i właściwości pojedynczych kolonij. Małą cząsteczkę badanego materyjału przenosi się do rurki z gelatyną odżywczą, która przez ogrzanie w łaźni wodnéj do 40°C. przeszła w stan ciekły, sprzyjający dokładniejszemu rozdzieleniu wprowadzonéj substancyi, do czego poruszanie, wstrząsanie i pochylanie rurki z łatwością prowadzi. Z pierwszéj rurki zawierającéj już w znaczném rozdzieleniu materyjał badany, wyjęta jedna do dwóch kropel zakaża rurkę drugą w ten sam sposób przygotowaną, zkąd przenosić można również małe ilości do rurki trzeciéj a nawet czwartéj. Płynną jeszcze gelatynę wylewa się na płyty szklane, należycie wysterylizowane w ciepłocie 150 do 160°C., a po skrzepnięciu ustawia się je na odpowiednich ławeczkach w tak zwanych wilgotnych komorach szklanych. Płyta pierwsza bywa zazwyczaj tak gęsto zasiana, że o oddzieleniu z niéj pojedyńczych kolonij mowy być nie może. Na płycie drugie lub dopiero trzecie rozcieńczenie zawierającéj zejdą drugiego lub trzeciego dnia pojedyńczo i dość daleko od siebie rozsiane kolonije, które wyszły na pewno z jednego zarodka i przedstawiają czyste hodowle pojedyńczych gatunków w materyjale pierwotnym zawartych. Badanie bezpośrednie pod mikroskopem wykaże odmienny kształt i rodzaj składających je organizmów, z łatwością już teraz do rurek odczynnikowych z osobna przeszczepić się dających. Jeśli kolonije zbyt gęsto są rozmieszczone, przeszczepianie udaje się najlepiéj pod przewodnictwem mikroskopu, przez wkłucie drutu platynowego haczykowato zagiętego w odpowiednią koloniję. Ślad gelatyny pozostający na druciku przeniesiony do rurki odczynnikowéj wyda po kilku dniach wśród sprzyjających okoliczności piękną jednorodną hodowlę oddzielonego organizmu. W ogólności do szczepień wszelkiego rodzaju posługujemy się drutem platynowym zatopionym w pręciku szklanym, który przed każdém użyciem poddać należy dezinfekcyi przez ogrzanie go do czerwoności.

W hodowlach organizmów, których wzrost i rozmnażanie udaje się jedynie w surowicy krwi wyrzec się trzeba zastósowania sposobu oczyszczenia przez wylanie rozcieńczonego materyjału na płyty szklane, tém więcéj, gdy odnośne organizmy zbyt wolno rosnąc w obec szybkiego rozwoju innych ostać się nie mogą. W tych więc przypadkach pozostaje nam jedyna droga, o któréj już wspomniałem, tj. wszczepianie w rurki odczynnikowe z surowicą materyjału zawierającego li tylko jednorodzajowe organizmy, wolnego zaś zresztą od domieszek obcych ustrojów. Przysposobienie tak nienagannego materyjału niemałych wymaga ostrożności, nawet gdy wprawa i biegłość stoją po stronie badającego; Koch pierwszy dał przykład, jak w tych razach postępować należy, osiągnąwszy z nieświeżych zwłok gruźliczych wzorowe hodowle prątków tuberkulicznych.

Przeszczepione do rurek odczynnikowych organizmy pozostawia się, stósownie do warunków ich życia, w zwykłéj ciepłocie pokojowéj, lub umieszcza się w aparatach wylęgowych, których urządzenie i sposób użycia będę miał zaszczyt przedstawić Panom w pracowni kliniki chirurgicznéj, tu tylko wspomnę, że warunkiem dobrego aparatu jest utrzymanie ciepłoty uznanéj za najkorzystniejszą dla rozwoju danego organizmu stale na jednym punkcie, tak, że wahania 0·1° wynoszące jedynie mogą znaleźć usprawiedliwienie. Piec wylęgowy d'Arsouwala, zaopatrzony błoną regulującą Schlösinga, łącznie z dobrym regulatorem gazu, funkcyjonującym po za przyrządem, odpowiada najzupełniéj wyma-

ganiom, utrzymując stale przez całe tygodnie ciepłotę z góry oznaczoną. Jestto rzeczą niemałéj wagi zwłaszcza w przypadkach tak subtelnych, jak osłabianie siły zakaźnéj wąglika, gdzie już różnica 0·5 stopnia wynosząca wywiera niemały wpływ na przebieg doświadczenia.

Ziemniaki pokryte hodowlami pozostawia się w zwyczajnéj ciepłocie pokojowéj lub ciepłocie pieca węglowego, pod ochroną dzwonów szklanych, niedopuszczających jednak szczelnego odcięcia dostępu powietrza i dla tego przechowanie tego rodzaju hodowli czystych nie udaje się zazwyczaj dłużéj nad dni kilkanaście. Utrzymanie ich przez czas dłuższy wymaga odrębnie urządzonych naczyń w kształcie wąskich cylindrów, lecz w obec szybkiego zasychania gruntu odżywczego i w ten sposób wywołanéj zmiany stosunków, przekładanie w ogóle tego substratu nad inne mało popłaca, chyba że zmuszają nas do tego niezbędne warunki rozwojowe.

Znaczenie hodowli czystych jednogatunkowych jest tak doniosłe, że śmiało powiedzieć można, iż dopiero z chwilą osiągnięcia tego celu zyskało badanie organizmów pewne i racyjonalne podstawy. Odosobniając jeden gatunek ustrojowy z szeregu wielu mącących jego studyjum umożliwia hodowla czysta szczegółowe zbadanie warunków i objawów jego życia, wpływów korzystnie lub zgubnie na jego rozwój działających. Oczyszczając wreszcie przez wielokrotne przeszczepianie organizmy od produktów chorobowych zrazu z niemi przeniesionych, którym tak wielką aż do ostatnich czasów kazano odgrywać rolę, daje nam w rękę sposób rozstrzygnięcia, czy dotyczące organizmy są jedynie objawem towarzyszącym bez głębszego znaczenia, czy też jedyną i istotną przyczyną choroby.

Związek bowiem, jaki zachodzi między chorobą a organizmami wśród jéj przebiegu napotykanemi w chorém ciele, dopuszcza dwojaki sposób tłumaczenia, albo pasorżyt jest tylko tworem przypadkowym, nic zresztą wspólnego z chorobą niemającym, który wegetuje w zmienionėm chorobowo ciele, lub też jest rzeczywistą przyczyną, twórcą rozgrywającéj się choroby. Niewątpliwie dość będzie przyczyn skłaniających do przechylenia się w kierunku drugim, jeśli w każdym przypadku dotyczącéj choroby znajdą się wybitnie pod względem morfologicznym scharakteryzowane ustroje drobnowidowe, jeśli ilość ich i rozdzielenie będzie tego rodzaju, że wytłumaczy wszystkie objawy chorobowe, jeśli wreszcie organizmy te oddzielone z chorego ciała i przez hodowle czyste uwolnione od wszelkich produktów chorobowych wzniecą po zaszczepieniu najmniejszych ilości w wyższym ustroju zwierzęcym znowu tenże sam charakterystyczny proces chorobowy, stwierdzając w ten sposób wymownie przez zdolność rozwijania i rozmnażania się w organizmach zwierzęcych swe działanie chorobotwórcze a zarazem zakaźne.

Wykazanie bakteryj wśród organizmu czyto we krwi, ropie lub tkaninach, wymaga użycia pewnych metod i środków, o których w krótkości zamierzam jeszcze zdać sprawę. Wysłany przez prof. Mikulicza, którego staraniom wyłącznie zawdzięczyć mogę przystęp do pracowni Kocha, pragnę przedstawić Panom bieg postępowania wytknięty badaniom bakteryjologicznym w berlińskim Urzędzie zdrowia. Miłym też dla mnie obowiązkiem będzie złożenie na tém miejscu czcigodnemu memu przewodnikowi za poparcie i cenne wskazówki życzliwie mi ofiarowane, skromnych wyrazów głębokiéj mojéj wdzięczności.

Podczas gdy wyśledzenie bakteryj w stanie niezabarwionym, oparte na własności tychże opierania się kwasom i alkalijom, a poprzednio ogólnie i wyłącznie praktykowane, napotyka na bardzo znaczne, nierzadko nieprzezwyciężone, trudności i przeszkody z powodu często minimalnych tychże rozmiarów i nader prostego ukształtowania, to własność bakteryj żywego przyjmowania barwików, zwłaszcza anilinowych, posuwa możność odróżnienia ich od pokrewnych im kształtem tworów, aż do granicy dającéj się osiągnąć przy pomocy dziś znanych nam systemów optycznych. Lecz chociaż nieocenionéj téj zdobyczy, przysporzonéj nam przez Weigerta, w ostatnich dziesiątkach bieżącego stulecia, oddać należy słuszny wyraz uznania, to jednak badanie bakteryj w stanie niezabarwionym, zbliżające najwięcéj do ich stosunków normalnych, nie może być pominiętém, gdyż ta droga jedynie prowadzi do poznania najważniejszych ich cech, tj. niezmienionego działaniem odczynników kształtu, ruchu, tworzenia zarodników i kiełkowania tychże. Wprowadzenie w użycie przyrządu oświetlającego Abbégo, wspólnie z zastósowaniem immersyj olejnych, odkryło wiele dawnych błędów, uprościło metodę badania i rozjaśniło niemało ciemnych i podejrzanych stosunków. Tak zwany obraz strukturowy, wytwarzający się skutkiem różnéj siły załamywania światła przez ciecz otaczającą preparat i pojedyncze części składowe preparatu, jaki pospolicie przy zwykłych badaniach histologicznych preparatów niezabarwionych posługując się diafragmą obserwujemy, znika i ustępuje miejsca obrazowi barwnemu, jeśli preparat zabarwimy i usuniemy w zupełności przepony, a na ich miejsce wprowadzimy kondensor oświetlający ze wszech stron preparat silnym stożkiem promieni. Kropelka cieczy olejnéj między szkiełkiem nakrywkowém a soczewką przedmiotową umieszczona a odpowiadająca pod względem siły łamania światła obu tym ośrodkom, zapobiega załamaniu się promieni, zanim osiągną pierwszą sferyczną powierzchnię optycznego układu.

Barwienie preparatów bakteryjologicznych udaje się najlepiéj za pomocą barwików anilinowych zasadowych, a trudno podać w téj mierze pewien rodzaj uniwersalnéj metody, dającéj się w każdym przypadku zastósować. Podobnie jak pod wielu innemi względami poszczególne rodzaje mikroorganizmów okazują swoiste cechy i właściwości, przemawiające dosadnie za odrębnością pojedynczych gatunków, tak też nie mniéj i pod względem własności przyjmowania barwików zdradzają indywidualne różnice. Tak np. spiryle duru powrotnego barwią się silnie w kropelce krwi roztartéj na szkiełku nakrywkowém rozczynem wodnym fuchsyny, fioletu metylowego lub gencyjany, podczas gdy w tkaninach przy użyciu tychże samych barwików pozostają niezabarwione i dopiero pod wpływem barwików brunatnych anilinowych, jak to pierwszy wykazał Koch, słabe przyjmują zabarwienie. Prątki duru brzusznego, w zwyczajnéj ciepłocie barwione, okazują słabe tylko powinowactwo do barwików, po lekkiém ogrzaniu natężenie ich zabarwienia nie ustępuje innym organizmom. *Pneumococci* w obec fuchsyny i fijoletu gencyjany ulegają silnemu zabarwieniu, które dotyczy jednak samego tylko *coccus,* otoczka zaś właściwa tym organizmom pozostaje niezabarwiona. Barwiki brunatne i błękit metylu barwią prawie jednostajnie torebkę i sam *coccus* (Dok. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Gauthier: **O przyczynie cholery.**

Autor robiąc studyja nad cholerą w Neapolu i Paryżu przyszedł do przekonania, że wszystkie objawy téj okropnéj zarazy nie są wywołane przez jakieś drobnowidowe żyjątka, lecz zawdzięczają swe powstanie zatruciu przyrody chemicznéj, które działa na ośrodki nerwu sympatycznego, Zapatrywanie to podziela także prof. Semmola. Gauthier, obserwując pilnie wszystkie objawy kliniczne téj choroby i uwzględniając, że wstrzyknięcie lasecznika przecinkowego do ustroju zwierząt nie sprowadza żadnych objawów właściwych cholerze, postanowił szukać przyczyny chorobowéj na drodze chemicznéj. W tym celu zbierał do flaszek wypełnionych 80% wyskokiem treść żołądka jelita cieńkiego i grubego osób zmarłych z cholery, jakoteż różne wydzieliny chorych dotkniętych cholerą. Za pomocę eteru, chloroformu i wyskoku amylowego udało się autorowi otrzymać z zebranego materyjału trzy rodzaje ptomainów. Ich oddziaływania chemiczne nie mają nic wspolnego z oddziaływaniem alkaloidów roślinnych. Ptomain, otrzymany przy pomocy wyskoku amylowego, rozpuszcza się w wodzie, krystalizuje w podłużnych trójgranach, przedstawiających się pod drobnowidem w postaci gwiazdek, wachlarzy itp. Kryształki te powstają skutkiem szybkiego ulatniania się wody pod wpływem ciepła. Po oziębieniu rozpadają się one na drobniutkie trójgrany lub skośnokątne płytki. Ptomainy rozpływają się łatwo i przyjmują kwas węglowy z powietrza atmosferycznego. Ptomainy otrzymane za pomocą eteru lub chloroformu krystalizują w maleńkich igiełkach. Wielkie dawki ptomainu wyciągniętego wyskokiem amylowym wywołują u zwierząt zaburzenia ze strony układu nerwowego, gdy tymczasem małe dawki sprowadzają objawy ze strony żołądka i jelit. Wstrzyknięcie pół centigrama ptomainu do żyły szyjnéj królika sprowadza osłabienie mięśniowe, czasem wymioty i zawsze obfite oddawanie kału i moczu. Późniéj występuje sinica, widoczna szczególnie na uszach zwierzęcia i obniżenie ciepłoty. Po 8 lub 12 godzinach zdychają króliki. — Dawka 3—4 ctgr. zabija szybko wśród objawów kurczów klonicznych i tonicznych i tężca mięśni grzbietowych. U żab występuje nagła śmierć po wstrzyknięciu 2—3 ctgr. Dawka 0·0025—0·003 gr. wywołuje u psa (6—7 klgr. ważącego) i u małp po 6—10 minutach wypróżnienia kałowe, późniéj biegunkę wodnistą, silne parcie na stolec, wymioty, kurcze, wstrzymanie moczu. Dopiero po 5 lub 6 godzinach oddaje zwierzę mocz, a po 24 godzinach wraca do stanu normalnego. Sekcyja wykazuje przekrwienie i wybroczyny na błonie śluzowéj żołądka i jelit. Objawy opisane powstają tylko po wstrzyknięciu ptomainów wprost do żyły, gdy tymczasem wstrzykiwanie podskórne jak niemniéj wprowadzenie ptomainów do żołądka daje zawsze wynik ujemny. Autor zajmuje się szukaniem przyczyny tego niepowodzenia i dalszém badaniem ptomainów. (*Berlin. klin. Wochenschrift* 1885 Nr. 19). *Dr. Prus.*

Ewald: **O wczesném przekłóciu w obec puchliny brzusznéj.**

W wykładzie, mianym w berlińskiém Towarzystwie lekarskiém, zachęca Ewald na podstawie obserwowanych przez siebie przypadków do wczesnego wypuszczenia cieczy z jamy otrzewnowéj w puchlinie brzucha. Przyczyny, dla których dotychczas radzono, aby z przekłóciem jak najdłużéj zwlekać, są następujące: obawiano się 1) podkopania ustroju przez utratę części organicznych, 2) szybkiego ponownego nagromadzenia cieczy, 3) nagłego zapadu wśród operacyi, 4) wystąpienia zapalenia otrzewny. Przeciw tym zapatrywaniom uwydatnia najprzód autor, że obecnie usuwają środki przeciwgnilne wszelką obawę następowego zapalenia otrzewny. Następnie nadmienia, że zapad tém pewniéj nie ma miejsca, im większe są siły chorego, czyli innemi słowy im wcześniéj operujemy. Im większy jest ucisk, wywarty na naczynia trzew skutkiem puchliny brzusznéj, tém krążenie w naczyniach jest więcéj upośledzone a tém samém zwyrodnienie naczyń postępuje szybszym krokiem, co ułatwia przesączanie się surowicy. Jeżeli więc wcześniéj uwolnimy naczynia od ucisku, to spodziewać się możemy, że ponowne nagromadzenie się cieczy w jamie otrzewny nie tak prędko nastąpi. Wypuściwszy ciecz z jamy brzusznéj ułatwiamy krążenie krwi nie tylko w trzewach, ale także oboczne krążenie w jamie opłucnowéj, i oswobodzamy płuca i serce od nadmiernego ucisku. Wynikiem tego zaś jest bezsprzecznie ta korzyść, że wszystkie wspomniane narządy lepiéj funkcyjonują, a chory przez snadniejsze przyswajanie sobie spożytych pokarmów może szybciéj odzyskać swe siły i wynagrodzić utratę białka, jaką poniósł skutkiem operacyi. Z tego względu jest bez porównania korzystniéj przystąpić ile możności wczas do wypuszczenie cieczy z jamy otrzewnowéj, niż męczyć i osłabiać chorego środkami czyszczącemi. (*Berl. klin. Wochenschrift.* 1885 Nr. 16). *Dr. Prus.*

Furneaux Jordan (*Birmingham*): **Nowa operacyja polipów nosopołykowych.**

U młodéj kobiety wydobył F. z nosa i połyku polip włóknisty za pomocą bardzo prostéj operacyi. Rodzaj ten nowotworów występuje zazwyczaj u młodych ludzi obojéj płci, a towarzyszą im często uporczywe krwotoki. Wielu metod użyto w celu ich usunięcia. Syme polecił forsowne wyrwanie za pomocą kleszczy zakrzywionych, wprowadzonych przez jamę ustną. Cooper Forster wykazał niebezpieczeństwo téj metody na przypadku ciekawym, w którym powstało złamanie podstawy czaszki. Nélaton wydobywał nowotwór za pomocą rozpłatania podniebienia miękkiego. W tym celu robiono także resekcyję szczęki górnéj; częściéj jeszcze nadwerężano połączenia szczęki górnéj, którą można było zwrócić ku górze albo ku dołowi według potrzeby operatora. Operacyja, którą autor opisuje, ma być prostą, a blizna po niéj nieznaczną. Główną zasadą operacyi jest zupełne odsłonięcie wejścia kostnego do jamy nosa. Uskutecznia się je przez utworzenie trójkątnego płatu z górnéj wargi i bocznéj części nosa. Sierpowaty bistur wprowadza się pod wargą do nozdrza chorego (ostrzem ku przodowi) i wykłuwa się go w ten sposób na zewnątrz (przecinając części miękkie od wewnątrz). Następnie przecina się części miękkie nosa po jednéj stronie linii środkowéj tegoż w linii będącéj przedłużeniem cięcia w wardze, kilka następnych dotknięć noża pozwala odwinąć płat na zewnątrz. Jama nosowa jest dostatecznie rozszerzoną, dobrze odgraniczoną i przystępną dla każdego zabiegu. Trakcyje tam i napowrót za pomocą jednego lub dwóch palców w połyku i jednego lub dwóch palców od przodu przy pomocy kilku dotknięć noża albo cięć nożyczkami łatwo odsłaniają guz, który wpada ostatecznie w rękę, w jamie ustnéj się znajdującą. Jeżeli napotka się wejście kostne do jamy nosa za małe, można je rozszerzyć za pomocą silnych kleszczy kostnych. Autor jednak sądzi, że rzadko kiedy zachodzi potrzeba tego kroku. Delikatne zaadaptowanie brzegów rannych i szwy pozostawiają tak delikatną bliznę, że tylko biegły znawca poznać ją może. Prawdopodobnie cięcia takie z ko-

rzyścią zużytkowaćby się dały w przypadkach, w których nozdrze jest wypełnione zwykłemi ale uporczywemi gęstemi polipami, również w przypadkach polipów złośliwych, gdzie chodzi o drożność nozdrza na pewien przeciąg czasu. (*British medical Journal. May 2. 1885*). *Dr. Roman Barącz.*

Z literatury sądowolekarskiéj włoskiéj.

Wiadomo, że pierwszymi autorami sądowolekarskimi byli Włosi; późniéj pracę koło téj gałęzi naukowéj przejęli Niemcy i Francuzi; odkąd Włochy odzyskały swą niepodległość, zdaje się, że ubiegają się znów o przodownictwo w nauce, którą oni wypiastowali; przynajmniéj od lat 10 okazują się bardzo czynnymi, a chwilowo, przyznać należy, wyprzedzają oni Niemców pod względem pracowitości i zamiłowania do medycyny sądowéj. Jeżeli więc już dawniéj od czasu do czasu zdawaliśmy sprawę z niektórych prac włoskich, to obecnie tém bardziéj poczuwamy się do tego obowiązku, o ile właśnie rok przeszły licznych dostarczył prac, odnoszących się do rozmaitych działów nauki. Zapoznamy czytelników przynajmniéj z pracami główniejszemi.

I. Badanie krwi.

1) Tamassia: *Sopra alcune inesatti asserzioni, concernenti i cristalli d'emina.* (*Atti del R. Istituto Veneto III*). Wiadomo, że próba mikrochemiczna krwi częstokroć nie udaje się, pomimo, że plama notoryjnie jest krwawą. Fakt ten jest uderzającym, zwłaszcza w obec łatwości, z jaką zazwyczaj wykrywają się kryształki heminowe. Szukając przyczyn niepowodzenia dość częstego autorowie obwiniają głównie następujące okoliczności: 1) wypranie poprzednie plamy, zwłaszcza za pomocą mydła; 2) narażenie jéj na ciepłotę wysoką przez gotowanie; 3) rozpad krwi skutkiem zgnilizny; 4) zetknięcie się plamy z istotami gnijącemi i 5) zmięszanie krwi z tłuszczem. T. badał plamy krwawe we wszystkich tych kierunkach i przekonał się, że wpływy te nie mają żadnego znaczenia, natomiast słusznie zwraca uwagę, że tysiączne drobnostki zewnętrzne częstokroć niedopuszczają wykrystalizowania się heminy, jak np. zanieczyszczenie soli kuchennéj, zbyt nagłe i silne zagotowanie, a przedewszystkiém niedostateczność materyjału; potrzeba więc przedewszystkiém użycia czystych odczynników i cierpliwości ze strony badającego. Tym wymogom według autora czyni zadosyć postępowanie, polecone przez prof. Bizzozerę (*Manuale di microscopia clin. Milano* 1880, p. 47), który plamkę badać się mającą, umieszczoną na szkiełku przedmiotowém, poddaje działaniu pary, wywięzującéj się z wody, gotowanéj w małém naczyniu, przez minut 15—20, dodawszy na wstępie parę kropli rozczynu 3% soli kuchennéj, a gdy masa stała się czarnawą, przykrywa ją szkiełkiem i dodaje znów przez 15—20 minut kwasu octowego, ciągle trzymając szkło nad parą, wreszcie preparat oziębia powoli i bada pod drobnowidem te miejsca, w których nie ma mas bezpostaciowych. T. zapewnia, że tym sposobem zawsze wykrywa kryształki heminowe.

(Zgadzając się z T. co do nieszkodliwości owych wpływów przez niego roztrząsanych wyrazić musimy zdziwienie, dla czego nie uwzględnił najważniejszych szkodliwości, a mianowicie: rdzy i gliny, które według doświadczenia sądowolekarskiego zwykle uniemożebniają wykrycie kryształków heminowych, jeżeli plama badać się mająca znajduje się na żelazie zardzewiałém lub na kamieniu, ziemi itd. Sposób zaś postępowania Bizzozery skontrolowaliśmy i przekonaliśmy się, że nietylko nie jest pewniejszym od zwykle praktykowanego, ale nawet mniéj pewny i ze znaczną stratą czasu połączony. Z kilku plam krwawych, od lat 3ch w zakładzie przechowywanych, wycięliśmy kawałeczki drobne a podzieliwszy je na 2 części wykryliśmy sposobem zwykłym heminę w ciągu 1½ minuty, podczas gdy sposobem włoskim po upływie 40 minut kryształków nie znaleźliśmy. Według naszego doświadczenia z wyjątkiem owych przypadków, w których plama zanieczyszczona jest rdzą lub gliną, albo jeżeli plama pochodzi tylko z surowicy krwi, gdzie więc badanie z góry jest bezskuteczne, można każdym razem wykryć heminę, jeżeli się używa czystych odczynników (głównie silnego kwasu octowego) i jeżeli tak zagotowanie jako i oziębianie odbywa się powoli. Mimo częstych niepowodzeń próba mikrochemiczna dotychczas jest najczulszą, a na zdanie Ranviera, jakoby ją prześcignęła próba widmowa, żadną miarą pisać się nie możemy. *Sprawozd.*)

(Ciąg dalszy nastąpi).

Dr. A. Gorhan: **Przyczynek do kazuistyki obrażeń śródmacicznych główki.**

Dotychczas opisano tylko dwa przypadki śródmacicznego uszkodzenia czaszki, a mianowicie jeden przypadek podał Maschka (w *Prager Vierteljahrschr.*, 1856) a drugi Gurlt (w *Monatschr. f. Geburtskunde,* 1857). Gorhan opisuje trzeci, a mianowicie pęknięcie śródmaciczne urazowe czaszki u płodu sześciomiesięcznego. Kobieta ciężarna podała, że przed pięciu tygodniami została pobitą, od tego czasu doznawała dreszczyków, nie czuła więcéj energicznie dawniéj powtarzających się ruchów płodu, a objętość brzucha zamiast się powiększyć, nieco zmalała. Badanie przedmiotowe nie wykazało nigdzie śladów obrażenia. Powiększona macica sięgała nieco poniżéj pępka, a w niéj nie udało się wykryć twardszych części płodu, ani tętna płodowego, ani ruchów łożyskowych. Po dwóch przeszło miesiącach kobieta urodziła płód macerowany w położeniu pośladkowém, a oględziny zwłok dziecka wykazały co następuje: Wymiary główki i długość dziecka odpowiadają w przybliżeniu płodowi 6cio miesięcznemu. Naskórek schodzi po całém ciele płatami. Skóra rozmiękła brudno-cisawą mazią pokryta. Główka ma wiele podobieństwa do fałdzistéj torby, wypełnionéj półpłynną masą, po któréj dają się przesuwać z łatwością luźnie rozmieszczone kości czaszki. Gałki oczne cieczą krwawą nasiąkłe, klatka piersiowa i brzuch zapadłe. W powłokach miękkich czaszki wzdłuż szwu strzałkowego luka w postaci wąskiego, ½cm. długiego wcięcia, o brzegach gładkich, zcieńczałych. Błoniaste szwy i okostna nie są naruszone, natomiast w miejscu odpowiadającém przerwie w skórze, pokazuje się szarawa smuga, krzyżująca się ze szwem strzałkowym, która po zdjęciu okostny przedstawia się jako szczelina w obu kościach bocznych, sięgająca do ich brzegów wewnętrznych aż do guzowatości. W rozpływającéj się masie mózgowia i oponach nie można już rozpoznać wynaczynienia krwi. W innych narządach nie napotkano zmian. Łożysko spłaszczone, zasłane licznemi strzępami włóknika, z krwawemi wybroczynami i znaczném stłuszczeniem resztek tkaniny łożyskowéj; co wszystko naprowadza na myśl, że toczył się tu od dłuższego już czasu proces zapalny, mający wszelkie cechy zapalenia urazowego.

G. orzekł, że śmierć płodu nastąpiła skutkiem pęknięcia czaszki i zapalenia łożyska. Brak objawów zapalnych w miejscu uszkodzenia przemawia za tém, że śmierć nastąpiła albo bezpośrednio albo w krótkim czasie po owém pobiciu. Sprawa zapalna łożyska przyczyniła się bezprzecznie do tém szybszego zejścia śmiertelnego. Położeniem poślad-

kowém płodu (można jak najzupełniéj wytłumaczyć takie urazowe pęknięcie czaszki w łonie macierzyńskiém, albowiem główka była tu najwięcéj narażona na wpływ szkodliwy urazu (kolankowania). Zresztą trudno pojąć, aby takie szczeliny w kościach bocznych mogły powstać wśród aktu porodowego, mając na uwadze wyżéj opisane stosunki główki płodu i przebieg porodu u matki, która dotąd odbyła siedm lekkich porodów na czasie. Powstanie zaś uszkodzenia poza łonem macierzyńskiém możnaby jedynie wytłumaczyć przy napiętych powłokach czaszkowych i twardéj a niepodatnéj podstawie, czego w niniejszym przypadku nie było (*Wiener med. Presse*, 1885, Nr. 12). *A. Ślusarczyk.*

Dr. Wilke: **Przypadek otrucia chloranem potasowym.**

Śmiało rzec można, że chloran potasowy zajmuje jedno z pierwszych miejsc w szeregu środków lekarskich, cieszących się powszechnie sławą skutecznego działania w różnych chorobach gardła i jamy ustnéj. Każda prawie apteczka domowa rodzin zamożniejszych ma zapas téj soli, a gospodynie szafują nią według upodobania, nie wiedząc wcale o jéj własnościach trujących, zwłaszcza że dotąd sól ta nie została wyrugowaną z liczby przetworów sprzedawanych bez ograniczenia i używanych bez ścisłego wskazania lekarskiego. Jakie ztąd mogą wyniknąć następstwa, o tém poucza, prócz wielu znanych przypadków zejścia śmiertelnego z otrucia chloranem potasowym, ostatni opisany niedawno przez Dra Wilkego w Hali: Dnia 8 sierpnia r. 1884 proszono Dra W., aby się jak najspieszniéj udał do ciężko chorego młynarza w sąsiedniéj wiosce. Człowiek ten zajmując się do ostatniéj chwili zwykłą pracą, popadł nagle w stan zupełnéj nieprzytomności. Niebawem pojawiły się u niego wymioty i drgawki. Blada skóra, zapadła twarz, zimne odnogi i nikłe a szybkie tętno, kazały już z góry jak najniekorzystniéj rokować. Chory nie spał, lecz nie mógł się zdobyć na odpowiedź. Każde mocniejsze ugniecenie na ciele odczuwał chory boleśnie, najczulszą okazała się jednak okolica żołądka. Już z dotychczasowych objawów przypuszczał W. zatrucie, a czekoladowe zabarwienie moczu nietylko potwierdziło jego domysł, lecz było zarazem wskazówką do dalszych wywiadów, które przyczyniły się do wykrycia trucizny. Pokazało się, że trucizną tą był chloran potasowy, polecony choremu w formie płukania przeciw nieżytowi gardła. Nadmiarowe używanie tego środka w nadziei szybszego pokonania dokuczliwéj choroby pociągnęło za sobą szereg ciężkich zboczeń. Po pierwszych kilku dniach takiego leczenia utracił wiele na siłach i na wadze a już z końcem drugiego tygodnia pojawiło się po raz pierwszy ciemne zabarwienie moczu. Wezwany lekarz ordynujący, nie umiejąc sobie inaczéj zdać sprawy z tak szybko postępującego wynędznienia, począł dopatrywać się przyczyny w zatruciu. Do uzasadnienia domysłu miało mu dopomódz wyśledzenie przyczyny ciemnéj barwy moczu. Tymczasem upłynęło dwa tygodnie bez widocznego pogorszania się, aż nagle wystąpił stan opłakany, który mimo wszelkich wysiłków leczniczych zakończył się w ciągu doby niepomyślnie. Familija nieboszczyka nie chciała się zgodzić na wykonanie sekcyi według prawideł sztuki. W końcu zdołano zaledwie wymódz przyzwolenie na otwarcie jamy brzusznéj, zkąd wyjęto nerki i zebrano nieco krwi z wielkich naczyń do badania. Kolejne badanie moczu, nerek i krwi wykazało co następuje: Czekoladowe zabarwienie moczu, wypuszczonego po śmierci cewnikiem, pochodziło ze strzępów trzęskich, luźnie spojonych, z trudnością opadających na dno naczynia. Osad moczowy badany pod drobnowidem zawierał mnóstwo czerwonych ciałek krwi, zmienionych tu i owdzie nie do poznania. Z niektórych ciałek został barwik prawie w całości wyługowany, w innych dał się jeszcze dostrzedz ślad blado-żółtego zabarwienia. Najwięcéj rozmaitości przedstawiały kształty i rozmiary tych ciałek. Niektóre były rozpadłe na drobnoziarnistą masę, inne dochodziły wielkości 2—9μ. Mniejsze ciałka miały wiele podobieństwa do kuleczek tłuszczowych ułożonych bezładnie pośród większych nieregularnie gwiazdowatych krążków. Spajała je masa częścią włóknista częścią bezpostaciowa ułożona tu i owdzie w dość wyraźne wałeczki, różniące się od zwykłych zapalnych wałeczków nerkowych znaczniejszą szerokością i nieregularną, jakby powygryzaną, powierzchnią. Środek tych wałeczków zajmowały tylko okruchy rozpadłych tworów komórkowych i ziarnka barwika, ku obwodowi zaś dały się jeszcze rozpoznać najróżnorodniejsze kształty zmienionych ciałek czerwonych krwi.

Nerki były wielkości prawidłowéj, torebka schodziła łatwo z gładkiéj powierzchni. Od prawidła zbaczało przedewszystkiém brudno cynamonowe zabarwienie, zacierające utkanie tak na powierzchni jak i w miąższu nerkowym. Na przekroju odgraniczały się wybitnie od smug bladych pasma ciemno brunatne, prostolinijne w istocie rdzennéj a promienisto lub nieregularnie rozsiane w istocie korowéj. Badanie drobnowidowe wyjaśniło przyrodę tych ciemnych pasm. Byłyto cewki moczowe wypełnione mniéj lub więcéj rozpadłemi czerwonemi ciałkami krwi. Niektóre z tych ciałek miały wszystkie cechy poprzednio już opisanych w osadzie moczowym, inne dochodząc wielkości 15μ były opatrzone na swéj powierzchni brodawkowatemi wyniosłościami. Te ostatnie twory mogły powstać ze zlania się kilku czerwonych ciałek w jedno większe. Bardzo ciekawie zachowywało się rozmieszczenie poszczególnych postaci mierzonych ciałek, a mianowicie: obwodowe części istoty korowéj zawierały przeważnie masy drobnoziarniste, na około piramid były ciałka średniéj wielkości, a największe ciałka skupiały się, prawie wyłącznie, w niezwykle rozszerzonych cewkach rdzennych. Tu i owdzie zawierały jeszcze przewody moczowe ziarnisto zwyrodniały przybłonek, zwłaszcza gdy ich światło nie było wypełnione zbyt szczelnie, w przeciwnym razie zniknął przybłonek bez śladu a zbite wałeczki przylegały bezpośrednio do ścian włóknistych.

W przyrządzie spektralnym otrzymano ze krwi i z osadu moczowego charakterystyczne linije absorbcyjne methemoglobiny. Uwzględniwszy w danym przypadku wszystkie okoliczności nie zawahamy się ani chwili zaliczyć go w poczet kilkudziesięciu zatruć opisanych przez E. Weinerta w rozprawie: *Zur Casuistik der Vergiftung mit chlorsaurem Kali.* (*Berl. klin. Wochensch.*, Nr. 16, 1885).

Wiadomości pomniejsze.

Agaricyn. *Agaricus albus s. Boletus laricis*, już od dość dawna polecano przeciw potom nocnym suchotników. Dr. Seiffert otrzymał z tego grzybka alkaloid, który nazwał Agaricynem. Agaricyn przedstawia się jako ciało bezbarwne, krystalizujące w długich igłach. Podawane po 5 miligramów, raz lub dwa razy dziennie usuwa znakomicie poty u suchotników. Doświadczenia jednak na znacznéj liczbie chorych w Paryżu dokonane wykazały, że sposób polecony przez Seifferta nie zawsze osiąga zamierzony skutek. Przedewszystkiém podnieść tutaj należy jako ujemną stronę tego leku łatwość, z jaką się ustrój do niego przyzwy-

czaja. Dla tego w Paryżu rozpoczynają zwykle od dawki 4 mgr. na dzień i dochodzą do 2 centigramów. Agaricyn użyty wewnętrznie sprawia skutek dopiero w 5 do 6 godzin po zażyciu. Należy go więc używać w stosownym czasie przed zwykłém występowaniem potów. Z działań ubocznych agaricynu podnoszą ze stron niektórych, że alkaloid ten łatwo wywołuje rozwolnienie, daléj, że zwykle obniża ciepłotę i zwalnia tętno. Inni autorowie zaprzeczają tym ubocznym działaniom. Większość jednak zgadza się na to, że agaricyn sprowadza spokojniejszy sen u suchotników, raz przez zmniejszenie nieznośnych potów, powtóre przez działanie swe uspokajające pobudliwość do kaszlu. (*Bull. de thérap.*).

Dr. Langer, poleca jako najlepszą postać w podawaniu agaricynu: *Rp. Agaricini 0·50. Pulv. Doweri 7·50. Pulv. mimos. 4·00. Mucilag. gumm. arab. q. s. ut f. pill. centum.* Każda pigułka zawiera więc 5 mgr. agaricynu. Podaje się po 1 do 2, a nawet i więcéj pigułek przez dzień. (*Sémaine med.*)

W. Soper gorąco poleca używanie **oleju rącznikowego w połączeniu z gliceryną.** Połączenie to poprawia znacznie smak nieznośny oleju, a ma także przyspieszać jego działanie. Soper podaje przepis podany przez prof. H. O. Wooda:

Rp. Olei ricini
Glycerin. chem. puri āā 32·00
Olei menth. piper. gtts. 2.
MDS. Na raz użyć.

(*Rev. de thérap. hebd. et therm.*).

Dujardin-Beaumetz nader zachwala **działanie strychninu przeciw delirium tremens.** Używa on siarkanu strychninowego podskórnie, zastrzykując naraz 5 mgr. Jeżeli napady odnawiają się, zastrzyknąć należy po 5ciu godzinach drugą taką samą dawkę. D. niekiedy zastrzykuje nawet jeszcze trzeci raz 5 mgr. w ciągu 24 godzin, bez obawy zatrucia. D. uważa strychnin nie za środek leczący obłęd opilczy, lecz jako najdzielniejszy środek z dotąd znanych, które mają na celu zwalczyć objawy nerwowe téj choroby. (*Bullet. thérap.*).

Dr. Szabłowski z Kaukazu poleca gorąco **nalewkę jodową przeciw zimnicy.** Autor leczył 26 przypadków ciężkich zimnic różnych postaci tym środkiem i zawsze ze znakomitym skutkiem. W trzech przypadkach, w których tak arsen jak i chinin zawiodły, miała nalewka jodowa znakomicie pomódz i wkrótce napady usunąć. Autor nigdy niemiłego działania ubocznego nie zauważył. Jako najodpowiedniejszy sposób poleca S. zażywanie nalewki jodowéj w rozczynie wodnym, kroplami, wzmagając dawkę. (*Deutsch. med. Ztg.*).

Mózg i kw. fosforowy. Ulubionym przedmiotem zajmowania się dla wielu trudniących się chemiją fizyjologiczną był stosunek, jaki miał zachodzić pomiędzy czynnościami umysłowemi a używaniem fosforu. Niedawno przedłożył Charcot paryskiéj Akademii Umiejętności dzieło napisane o tym przedmiocie przez Maireta. Ten ostatni sądzi, iż zachodzi ścisły związek między fosforem a odżywianiem i czynnością mózgu. W czasie pracy fizycznéj ma mózg pochłaniać fosforany sodowe i potasowe, a wydzielać kw. fosforowy w połączeniu z zasadami ziemnemi. Praca umysłowa ma opaźniać ogólne odżywianie. Ćwiczenie umysłu ma wpływać na wydzielanie kw. fosforowego moczem, zmniejsza ono ilość kwasu połączonego z alkaliami a zwiększa ilość fosforanów ziemnych. (*The Lancet*).

A. Anderson. **Nowa teoryja odżywiania się płodu.** Zdaniem autora płód nie odżywia się za pomocą krążenia łożyskowego, lecz na podstawie chłonienia i przenikania. Na początku życia materyjału płodowego dostarcza obfita w krew tkanina trąbek i macicy, późniéj zaś służy do tego woda płodowa. Części pożywne wody płodowéj nietylko ulegają chłonieniu przez powierzchnię płodu, ale także zostają połykane i dostają się do przewodu pokarmowego. Krążenie łożyskowe ma znaczenie li tylko dla oddechania płodu. Na poparcie tego zapatrywania podaje A. 1) obecność ciał odżywczych w wodzie płodowéj przez cały ciąg czasu trwania ciąży, 2) bezsprzeczną możność chłonienia tych części przez delikatną skórę, prawie przyskórkiem nieokrytą, 3) rozwój tak wczesny kanału pokarmowego i konieczność dostawania się do niego wód płodowych na zasadach hydrostatyki, 4) obecność produktów trawienia w jelitach płodu, 5) obecność moczu w pęcherzu i żółci w kiszkach, 6) trudności mechaniczne, stojące na przeszkodzie przypuszczeniu odżywiania płodu za pomocą krążenia łożyskowego. (*Allg. med. C. Ztg.*, 1885, 128). *Kopff.*

Ω. Lukaszewicz zaleca gorąco następujące leczenie **w ostrém zapaleniu przyjądrza.** Rozrobioną glinę rzeźbiarską naciera się na grubość palca na kawałek czworokątny płótna, przykłada na chore jądra i zakłada na to suspensorium. Opatrunek ten zmienia się dwa razy dziennie. Już w 10 minut po zastosowaniu tego leczenia ból znacznie się zmniejsza, a w ciągu kilkunastu godzin zupełnie ustaje. Leczenie trwa 4—5 dni. Autor leczył tym sposobem z bardzo dobrym wynikiem 26 przypadków zapalenia przyjądrza rzeżączkowego. (*Wracz*, Nr. 31, 1884).

(Gr.) **Środek przeciw wymiotom u ciężarnych** *La Gazeta Medica Catalana* opisuje przypadek młodéj pierwiastki słabéj konstytucyi, która po 2 miesiącach ciąży cierpiała wiele z powodu wymiotów. Rozliczne znane środki okazały się bezskutecznemi, gdy Dr. Mendez zalecił irygacyje a raczéj spray eterowy na epigastrium. Skutek był natychmiastowy, wymioty od razu ustały. Dwukrotnie jeszcze powtórzyły się wymioty w ciągu ciąży, a każdym razem ustały po zastosowaniu miejscowém eteru (*The Lancet*).

IV. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Konferencyja sanitarna w Rzymie. Posiedzenia jéj otwarte zostały przez włoskiego ministra spraw zagranicznych Manciniego. Oprócz delegatów państw wymienionych w poprzednim Nrze biorą udział ze strony Włoch prezes Rady stanu senator Carlo Cadorna, poseł prof. Dr. Guido Bacceli, poseł prof. Dr. Mariano Semmola, senator prof. Dr. Moleschott, poseł prof. Giuseppe Buonomo, poseł prof. Tommasi Crudelli i szefowie w ministerstwie spraw wewn. Giuseppe Casanova i Antonio Scibona. — Szwajcaryję reprezentuje poseł Simon Bavier, Dr. Sonderegger z St. Gallen i Dr. Reali z Lugano; Rzeczpospolitą argentyńską poseł Dr. Antonio del Viso; Holandyję poseł Bernard Westenberg i referendarz Rady zdrowia Ruysch; Meksyk poseł Giovanni Sanchez Azcona i Dr. S. Hjar y Haro; Chili poseł w Londynie Martial Martinez i Guglielmo Malta; Chiny attaché poselstwa w Berlinie jenerał Tchenki-Tchong; Niemcy prócz już wymienionego prof. Dra Kocha poseł Keudell. — Na pierwszém posiedzeniu konferencyi ostatni zaproponował wybór Manciniego na przewodniczącego, po wymówieniu się przez tegoż od tego zaszczytu wybrano przewodniczącym senatora Carlo Cadornę.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 3—9 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27.0. Z błonicy umarło 2 (0 z. t.); z kiły 1 (0 z. t); z zapalenia płuc 6. Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach odry, 5 płonicy, 2 duru osutkowego. W tygodniu od 26 kwietnia do 2 maja umarło z ospy w Londynie 32, leczyło się w szpitalach 1369, świeżo zapadło 374. W Wiedniu umarło z ospy 17, w Pradze, Genewie, Bazylei, Lozannie, Liwerpolu, Chrystyjanii i Petersburgu po 1; w Manchester, Wenecyi po 2; w Tryjeście 6; w Rzymie 12; w Odesie 8. Z duru osutkowego umarło 3 w Petersburgu. Z cholery umarło w Kalkucie (od 15 do 21 marca) 46; w Bombayu (od 25—31 marca) 17.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 26 kwietnia do 2 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 24,6; w Warszawie 30,6; w Wiedniu 33,1; w Pradze 42,4; w Tryjeście 23,5; w Berlinie 24,4; w Hamburgu 27,8; we Wrocławiu 34,5; w Gdańsku 23,5; w Mnichowie 34,5; w Dreźnie 23,0; w Lipsku 21,8; w Bazylei 21,2; w Brukseli 19,5; w Amsterdamie 22,7; w Paryżu 26,5; w Londynie 19,8; w Kopenhadze 27,5; w Stokholmie 32,2; w Chrystyjanii 18,7; w Petersburgu 33,9; w Odesie 31,8; w Rzymie 27,1; w Wenecyi 29,6; w Bukareszcie 31,2; w Aleksandryi 29,7; w Nowym Yorku 30,4; w Filadelfii 24,0; w Bombayu 25,4. *J. B.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 maja. Na posiedzeniu w d. 22 bm. odbytém, Wydział lekarski zamianował dotychczasowego asystenta przy zakładzie patologii ogólnéj doświadczalnéj, Dra Prusa, drugim asystentem przy klinice chorób wewnętrznych, przedstawiając nominacyję jego Ministerstwu do zatwierdzenia; równocześnie rozpisał konkurs do końca bm. na posadę asystenta przy zakładzie patologii. Daléj uchwalił Wydział wyznaczyć dwie nagrody z odsetek funduszu śp. protomedyka Jakubowskiego i Niewiadomego, a mianowicie w kwocie 500 i 300 zła. i ogłosić 3 zadania konkursowe, z których jedno tyczy się matołectwa w Galicyi zachodniéj, drugie zmiany krwi w zimnicy, a trzecie sporyszu i rojnicy; wreszcie wybrał proff. Teichmanna, Korczyńskiego, Adamkiewicza i Domańskiego wyborcami Rektora na rok przyszły.

* W ostatnim Nrze niemieckiego tygodnika lekarskiego w Petersburgu wychodzącego niejaki Dr. Küsel z Narwi zamieszcza projekt kodeksu etycznego dla lekarzy, osnuty na podstawie kodeksu, ułożonego przez Tow. lekarskie warszawskie. Redakcyja projekt ten w osobném odbiciu rozpowszechnia prosząc lekarzy o podanie swoich uwag.

* W Cieplicach czeskich do d. 21 maja było gości 692, w Giesshüblu 14.

* **Berlin**. W klinice prof. Senatora rozpoznano kilka przypadków zapalenia opon mózgordzeniowych i jeden sprawdzono na stole sekcyjnym. Gdy i w mieście już kilka przypadków zdarzyło się, zachodzi obawa wybuchu większéj epidemii.

* **Nekrologija**. W Krakowie umarł Dr. Saladyn Karol Ramlow, b. lekarz górniczy, ozdobiony krzyżem *virtuti militari*, promowany w Jenie w r. 1833. Syn jego Dr. Saladyn Wiktor wyprzedził go przed 3 laty, umarł bowiem w Panamie jako lekarz Towarzystwa przekopu panamskiego. — W Bieczu umarł Dr. Antoni Kotowicz. — W Moskwie otruł się sinkiem potasu Dr. Czartoryski, lekarz kolei żelaznéj; w Berlinie umarł Dr. Feiler, dyrektor zakładu szczepienia ospy, w Füred prymaryjusz budapeszteński Dr. Rozsay, radzca królewski i kawaler orderu korony żelaznéj w 70 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 21: Glużińskiego (z kliniki prof. Korczyńskiego): Działanie wyskoku na czynność żołądka ludzkiego (c. d.). W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 21: Jegorowa: O wpływie nerwów rzęskowych długich na rozszerzenie źrenicy; Rejchmanna: Badanie nad trawieniem mleka w żołądku ludzkim; Szwajcera: Ślepota i ślepota połowiczna (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. RYBCZYŃSKI: Rabka. Sprawozdanie z r. 1884, Kraków 1885, in 8vo str. 16.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 3 czerwca o godzinie 6éj w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém po załatwieniu spraw administracyjnych kol. Dr. Wiczkowski będzie miał rzecz o antipyrynie, jéj wartości leczniczéj i wpływie na przemianę materyi.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. B. w Rzeszowie. Na ten numer przyszło za późno. W każdym razie sprawę tę oddamy w kompetentne ręce.

Na fundusz portretu śp. prof. Kozubowskiego złożyli: Dr. Bielański z Łańcuta 5 złr., Dr. Feigel ze Lwowa 5 złr., Dr. Klein z Chrzanowa 3 złr., Dr. Pawlas z Chrzanowa 3 złr., Dr. Rojecki ze Stanisławowa 2 złr.; — co czyni razem z poprzednio wykazanemi złr. 272 kr. 15.

Sprostowanie, Str. 294, kolumna druga, wiersz 19 z góry, zamiast „do badania mikroskopowego się nie nadający“, winno być: „do badania mikroskopowego się nadający“. Str. 295, kolumna 1, wiersz 16 z góry, zamiast „pakcyjonowanych“ winno być „frakcyjonowanych“.

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Przewodnik do Szczawnicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Na posadę lekarza miejskiego w Ujściu solném, z pensyją roczną 150 złr. a. w. pobieraniem wynagrodzenia od rewizyi bydła i oglądania ciał umarłych rozpisuje się niniejszém konkurs. Bliższéj wiadomości udzieli Zwierzchność gminna.

Zwierzchność gminna.

Ujście solne 23 Maja 1885.

Burmistrz *Tomasz Pyciak.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 6 czerwca 1885. № 23. Rok XXIV.

I. O metodach badania i hodowli bakteryj, jakotéż o związku tychże z chorobami zakaźnemi.

(Rzecz odczytana na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego z d. 6 maja)

przez Dra Bossowskiego,
elewa kliniki chirurgicznéj w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 22).

W każdym szczegółowym przypadku wypada przeto zastosować kilka rodzajów i sposobów zabarwienia a wybrać ostatecznie ten, który najwięcéj zaznacza cechy, odpowiadające stosunkom normalnym. Najwięcéj rozpowszechnione w użyciu z barw anilinowych zasadowych są fijolet gentiany i metylu, błękit metylu, barwik brunatny wesuwin, fuchsyn, rzadziéj zieleń metylu, safranin i dablia. Rozczyny tychże wodne albo wyskokowe, wodą destylowaną w razie potrzeby rozcieńczane, zwłaszcza przy barwieniu substancyj roztartych na szkiełkach nakrywkowych oddają cenne usługi. Niemniéj w tkaninach zawarte bakteryje barwią się przy ich pomocy energicznie i rażno, jednak również jądra komórek, substancyja podstawowa chrząstki, istoty śluzowe mianowicie śluz w gruczołach i ziarenka protoplazmatu tak zwanych przez Ehrlicha „*Mastzellen*“ występują w téjże saméj barwie, zakrywając zwłaszcza wobec silniejszego zabarwienia subtelne i drobne organizmy. Z tych téż powodów metoda Grama, przy któréj pozostają jedynie bakteryje żywo zabarwione, całe zaś tło, wśród którego leżą bezbarwne lub dla lepszego rozpoznania ich rozmieszczenia, następowo innym barwikiem napojone ułatwia niezmiernie odszukanie wśród tkanin najdrobniejszych nawet jestestw drobnowidowych. Do barwienia prątków gruźliczych nadaje się wyłącznie, jak wiadomo, barwik Ehrlicha, złożyny z rozczynu wyskokowego fuchsyny lub fioletu metylowego, dodanego do wody anilinowéj aż do nasycenia jéj, chociaż w ostatnich czasach starano się zastąpić w rozczynie tym anilinę fenolem, resorcyną, toluidynem i innemi jeszcze substancyjami. Weigert wspólnie z Kochem podał modyfikacyję barwika Ehrlicha, polegającą na stałym stosunku fioletu metylowego do wody anilinowéj i dodaniu pewnych ilości wyskoku, przez co barwik téż dłuższy czas w zamkniętém naczyniu przechować się daje nie tracąc zdolności zabarwiania prątków. Loeffler podał skład barwika, który w wielu razach rzeczywiście najlepsze daje rezultaty, a zwłaszcza przy barwieniu trudno tylko przyjmujących barwik prątków nosacizny, tyfusu i spirochetów duru powrotnego nader skutecznym się okazał; jestto wodny rozczyn błękitu metylowego z domieszką ługu potasowego. Częstokroć dodatek kwasu octowego do barwika wpływa korzystnie na siłę zabarwienia, w wielu razach ogrzanie nie wyżéj ponad 40°C. daje względnie najlepsze wyniki, jedném słowem panuje na tém polu zmienność i dowolność, nader rzadko w formy stałe ująć się dająca.

Różnym będzie téż bieg postępowania według tego, czy mamy do czynienia z barwieniem cieczy, jak krwi, ropy lub substancyi miękkich, roztartych na szkiełkach nakrywkowych, czy téż rozchodzi się o barwienie tkanek podejrzanych o zawartość bakteryj.

Cienką warstwą badanego materyjału pokryte szkiełko nakrywkowe pozostawia się powolnemu wyschnięciu, przeciągając je następnie dość szybko ponad płomieniem lampy, celem ustalenia warstwy i zniesienia jéj rozpuszczalności w rozczynach barwikowych. Poddane następnie krótszemu lub dłuższemu działaniu rozczynu wodnego barwika, stosownie do szybkości, z jaką odnośne bakteryje przyjmują rzeczony barwik i spłukane wodą destylowaną nadaje się natychmiast do badania drobnowidowego.

Barwienie bakteryj w tkaninach łączy się niezbędnie z przygotowaniem dostatecznie cienkich przekrojów, które stosownie do użytéj metody różnemi barwikami traktowane, podlegają ostatecznie odwodnieniu, wyjaśnieniu za pomocą olejku goździkowego, cedrowego lub ksylolu i osadzeniu w balsamie kanadyjskim.

Przy badaniu mikroskopowém głównie zwrócić należy uwagę na kształt, ugrupowanie i rozdzielenie napotkanych organizmów, na stosunek ich do otoczenia, na zachowanie się sąsiednich tkanek. Celem stwierdzenia natury, objawów i warunków życia wyśledzonych organizmów starać się należy o oddzielenie ich z chorego ciała, poddanie hodowlom poza ustrojem i przeszczepianie wolnych od wszelkich domieszek, na osobniki możliwie do tegoż samego lub przynajmniéj pokrewnego gatunku należące, jak ten, który pierwszy uległ chorobie. Gdy już pierwéj omówiłem sposoby hodowania bakteryj pozostaje nam jeszcze zająć się sposobem przeszczepiania ich, stanowiącym najważniejszą część badania doświadczalnego.

Wobec doniosłego znaczenia, jakie pociąga za sobą ten właśnie moment badania, rozstrzygający o znaczeniu i roli danego organizmu drobnowidowego, najściślejsze przestrzeganie prawideł antyseptyki, wprawa i biegłość badającego, najsurowsza kontrola własnego doświadczenia jest w możności jedynie zapewnić wynik rzeczywisty i wzbudzający zaufanie. Już sam wybór zwierzęcia do doświadczenia zakreśla dowolności granice o tyle, że znanym jest faktem odporność pewnych rodzajów zwierząt wobec jadów zakaźnych i różny sposób rozszerzania się tychże w organizmie. Jako dowód niech posłuży prątek septicemii Kocha, sprowadzający na pewno śmierć w przeciągu 3—4 dni u myszy domowych, niewzniecający zaś procesu chorobowego u myszy polnych. Niemniéj znaną jest odporność szczurów wobec jadu wąglika, na który nader czule oddziaływają myszy. Septicemija królików wywołana przez swoiste bakteryjum wykryte w wodzie Panki, małego dopływu Sprei, zabija na pewne króliki i myszy, oszczędza zaś szczury i świnki morskie. Króliki i świnki morskie podlegają nader łatwo gruźlicy, której mało przystępne są psy, szczury i myszy białe. Niemniéj i wiek zwierzęcia wywiera wpływ na wynik doświadczenia; psy młode łatwo ulegają zakażeniu wąglikowemu, starsze zachowują się odpornie, a te same stosunki znajdujemy u szczurów. W ogólności prawidłem na punkcie przeszczepienia, niestety rzadko dawniéj a i dziś niezupełnie jeszcze przestrzeganém, winno być użycie zwierząt tego samego lub przynajmniéj pokrewnego rodzaju, jak to z którego materyjał zakaźny powzięto. Przeniesienie duru powrotnego na małpy, daremnie przedtém na różne rodzaje zwierząt przeszczepianego, przemawia nader pouczająco o słuszności i potrzebie uwzględnienia powyższych zastrzeżeń.

Co do sposobu i miejsca przeszczepiania pierwiastku zakaźnego, najodpowiedniéj byłoby bezsprzecznie naśladować stosunki w naturze napotykane. Gdy te jednak często są nam bliżéj nieznane, to nie pozostaje nic innego, jak przeprowadzić cały szereg doświadczeń, modyfikowanych w różny sposób. Najczęstszą formą przenoszenia jadu na zwierzęta próbne jest szczepienie, przez które rozumie się powierzchowne zranienie przyskórka, z następowém wprowadzeniem do ranki pierwiastku przeszczepianego. Niemniéj często wykonywa się wstrzyknięcie podskórne, wstrzyknięcie do jamy brzusznéj, opłucnéj lub stawowéj. Materyjał pochodzący z hodowli czystych, rozcieńczony destylowaną i świeżo przegotowaną wodą, można również z korzyścią wstrzykiwać do większych żył. Karmienie zwierząt materyjałem zakaźnym i wdechanie tegoż w stanie rozpylonym znajduje zastosowanie w poszczególnych rodzajach bakteryj. Szczepienie w komorę przodkową oka, w rogówkę lub skórę ucha, daje korzystne rezultaty tam, gdzie rozchodzi się o wybadanie lokalnego działania materyjału zakaźnego. Bez względu na to, w jaki sposób jad zakaźny został przeniesiony, nie można zadowolić się nigdy jedném pojedyncząm doświadczeniem, jakotéż zapominać o odpowiedniéj kontroli, gdyż inaczéj słusznym byłby zarzut, że jednokrotny wynik może być często przypadkowy i dla tego złudny. Również śmierć pojedyńczego zwierzęcia nie dowodzi jeszcze wcale siły zakaźnéj wszczepionego materyjału, gdyż zarówno nieuorganizowane jady wywierają podobne działanie. Dowód będzie dopiero wówczas zupełnym, gdy przeszczepienie w drugim szeregu z jednego osobnika na drugi, dokonane za pomocą tak małéj ilości materyjału, że o rozmnażaniu się jego w chorém ciele powątpiewać nie podobna, przyniesie zawsze jeden i ten sam wynik. Przeprowadzenie oględzin pośmiertnych w każdym poszczególnym przypadku, badanie mikroskopowe i chemiczne krwi, cieczy tkaninowéj z miejsca przeszczepienia, śledziony, płuc i innych narządów, poddanie hodowli tamże znalezionych organizmów, kończy bieg wytknięty badaniu, określa formę, życie i naturę działania odkrytego ustroju.

Rezultatem omówionych metod i sposobów dziś powszechnie już przyjętych i ocenionych, są klasyczne i wzorowe prace Kocha, jak niemniéj wynik doświadczeń podjętych pod cennym kierunkiem przez jego uczniów, wiernie wstępujących na wypróbowaną przezeń drogę. Z dniem każdym wzrasta téż liczba jego zwolenników, szczupleje garstka skeptyków, odrzucających zasadniczo cały kierunek i naukę, będącą naturalnym jego wypływem. Przewrót w dotychczasowych pojęciach, wyrzeczenie się głęboko zakorzenionych wyobrażeń i poglądów, niczém wprawdzie nieuzasadnionych, nie może obyć się bez walki, do któréj zbroi się strona jedna coraz to silniéj w świeże, gruntowne podstawy doświadczenia, druga przynosi jedynie pamięć poprzedniego uznania. W każdym razie budzi się żywszy ruch niemogący wyjść na szkodę gałęzi pełnéj wprawdzie przyszłości, lecz dziś jeszcze niebędącéj w chwili ukończonego rozwoju. Wyrugowanie z nauki chorób zakaźnych, banalnych lub fantastycznych pojęć co do przyczyny tychże, przyobleczenie zagadkowego przedtém contagium, mającego wytwarzać się z chorego ciała, w kształt i postać żywego ustroju roślinnego, oto na razie zdobycze bakteryjologii, na podstawie których podał pierwszy Lister sposób antyseptycznego leczenia ran, sposób powstrzymujący rozwój zakażających organizmów i osiągnął świetne wyniki. Jeśli rzucimy okiem na krótki szereg spraw, w części zupełnie wyjaśnionych, w części wymagających uzupełnienia, a z drugiéj strony zmierzymy cały ogrom prac, czekających rozwiązania i uwzględnimy razem trudność przedmiotu badanego, którego wolny postęp nie zaspakaja życzeń szybkiego rozjaśnienia, to nie dziw, że tak mało korzyści dla terapii starali się dotąd wyciągnąć bakteryjolodzy ze znanych dziś pewników. Pomijając, że pole to więcéj przystępne i swoiste dla klinicysty, brak odpowiedniego materyjału i doświadczenia niemały stanowią tu skopuł. Wobec skeptycyzmu i nieufności ubezwładniającéj wszelkie zabiegi, bez poparcia ze strony innych gałęzi, mogących wyjaśnić wiele nasuwających się stosunków, skazani po większéj części na własne siły i pomoc zaniedbali dotąd tę ważną stronę, nadającą całéj nauce wartość i pierwszorzędne znaczenie. Rozbudzone zajęcie się nauką mikroorganizmów w ostatnich czasach wróży i w tym kierunku cenne a płodne w następstwa rezultaty.

II. Dżuma w Iraku arabistańskim w r. 1884.

podał Dr. W. Jabłonowski w Bagdadzie.
(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

Nasi sąsiedzi z Lurystanu perskiego, jakkolwiek jeszcze bardziéj przesądni aniżeli mieszkańcy Iraku, nie pozostali jednak obojętnymi i pospieszyli z stósowaniem środków ochronnych. Feudalny gubernator Lurystanu Hussein Khuli Han rozporządził zamknięcie pasa granicznego dla wszystkiego, co pochodzi z Iraku. Urzędownie zaprzeczając istnieniu dżumy pośród plemion kurdzkich, pozostających pod jego zarządem, pomimo że zostało potwierdzoném, że zaraza panowała tam nie tylko w roku 1884 ale z małemi przerwami w ciągu całego okresu od 1879 roku, wielkorządca Lurystanu uznał jednak za odpowiednie zastósowanie środków ostrożności, ustalając i wzmacniając straż pograniczną w przesmyku zwanym „Teng-boaz.“ Środki te jednak były tylko pozornemi. Opłacając się paroma piastrami można było swobodnie przejść granicę, bo rzecz prosta, że nikt tu nie zwracał uwagi na stan zdrowotny podróżnych. Podobna też opieszałość sprzyjała bardzo utrzymaniu stałych stosunków między mieszkańcami pogranicza persko-tureckiego. Jednakże zarząd centralny zdrowia w Turcyi ma w Teheranie swego delegata sanitarnego Dra Castaldiego, lekarza doświadczonego i obeznanego z epidemijologiją kraju, w którym pozostaje. Delegat jednak bawił spokojnie w Europie, wtedy, gdy z urzędu należało mu być bliżéj granicy turecko-perskiéj, gdzie, jak to wykazałem w mym raporcie do Rady międzynarodowéj zdrowia, panowała właśnie zaraza. Z jednéj więc strony nieobecność w Persyi lekarza-delegata, z drugiéj brak stosunków lekarzy sanitarnych tureckich z kolegami perskimi, można uważać za przyczynę, która sprzyjała rozwleczeniu się zarazy i dowiedzeniu się bardzo późno o jéj nagminném istnieniu w Lurystanie perskim.

Ochronne więc czynności obu łańcuchów sanitarnych trwały przez $3\frac{1}{2}$ miesięcy. Nieraz władza wojskowa znużona narzekaniami jednéj i téj saméj kompanii piechoty pozostającéj w bezustannym ruchu, proponowała zwinięcie posterunków, i tylko napotkawszy energiczny opór ze strony urzędu sanitarnego, zdano się przecie na łaskę i względność okoliczności. Wreszcie, gdy z końcem czerwca zaraza ustała tak nagle jak i panowała gwałtownie, zadecydowano zwinięcie łańcucha straży wewnętrznych wzmacniając jednak i pozostawiając czynną liniję zewnętrzną. Byłato prawdziwa uroczystość tak dla wojskowych jak i mieszkańców. Pierwsi przeniesieni do Kut-el-Amara, mogli wynagrodzić kilkomiesięczne znużenie dobrą i czystą wodą Tygru. Drudzy pozbywając się opieki sanitarnéj zaczęli gromadnie powracać do opuszczonych domów, w przekonaniu, że klęska, która tyle ofiar wyrywała z ich łona, przepadła i nie powtórzy się więcéj. Wzmocniony łańcuch sanitarny zewnętrzny podług przepisów winien był pozostać w czynności co najmniéj miesiąc, poddając podróżnych przybywających z miejsc niedawno zakażonych 15todniowéj kwarantanie. Obecność w Kut-el-Amara inspektora sanitarnego zdawała się gwarantować ścisłe przeprowadzenie przepisów. Zamiast jednakże miesiąca łańcuch zewnętrzny pozostał w czynności tylko przez dni dwanaście. Pojawienie się w okolicach Mendeli rabusiów, z plemienia „Hama-wandów,“ zwracając w tę stronę całą uwagę komendanta korpusu, zadecydowało i o dalszém przeznaczeniu kompanii piechoty wypoczywającéj w Kut-el-Amara. Proponując zastąpienie jéj pieszą żandarmeryją 11go sierpnia zwinięto jéj posterunki i pomimo że wojskowi powinni byli przestrzegać ostrożności, powołano ich do Bagdadu. Za wojskowymi pospieszyli tam i urzędnicy sanitarni z ponad wybrzeży Tygru, mając na czele inspektora, oczywiście ubezwładnionego przez odjęcie mu pomocy militarnéj. W ten sposób okręg pozbawiony został straży sanitarnych. Dalsza nad nim opieka została mnie powierzoną, aby czuwać nad tém, kiedy i w jaki sposób przyjdzie nam znowu zetknąć się z morderczą plagą.

Tyle co do zadań fachowych, jak wykazałem, ograniczonych li tylko do stósowania środków ochronnych. Zdanie zaś, z którém spotkałem się na miejscu, że i ogrody palmowe, tutejsze prawdziwe lasy, stanowić mają przeszkodę w unoszeniu się przyrzutów na dalsze przestrzenie, potrzebuje potwierdzenia. Krótki i pobieżny przegląd swojskiego leczenia uzupełni tę część mego opowiadania.

Bliskość Persyi, tego prawdziwego składu materyjałów aptecznych z królestwa roślin, stosunki stale utrzymywane przez mieszkańców Iraku z bardziéj inteligentnym handlarzem perskim, a daléj wpływ duchownych i przyjmowanie za dobrą monetę wszystkiego co podają włóczący się doradcy, to są zachęty do spróbowania, czy też popularnemi środkami nie da się złagodzić groźnego stanu dotkniętych dżumą. Każdą więc razą gdy tylko przypadek był łagodniejszy, spieszono stósować środki uważane za pomocnicze. Jak wszędzie na tureckim wschodzie tak i tutaj tradycyjna „Hynneh“ odgrywała najważniejszą rolę. Proszku tego „*Lauzonia sorbilis*,“ pomięszanego z nieznaczną ilością niepalonego wapna zaparzonego wodą i przygotowanego jako okład gorący, używano do okrycia dymienic lub tylko stwardniałych gruczołów. I tymto środkiem rozpoczynano zwykle leczenie. Silnym odwarem nacierano palce u rąk i nóg. Powstała w ten sposób brunatna ich barwa łatwo mogła wprowadzić w błąd, że sąto plamy powstałe z wynaczynienia krwi. Wiadomość tylko o przyczynie powstania podobnéj barwy strzegła od błędu. Stan silnéj gorączki starano się złagodzić opajaniem chorych nastojem wodnym gatunku daktyli (*Dakał*), uważanego za orzeźwiający i chłodzący. Przy istniejącym stanie zatwardzenia, czarny owoc zwany „Anabi-salep“ (roślina należąca do rodziny psiankowych) dany już to świeży, lub pomięszany z pewną ilością soku z granatów, dawał w istocie pożądany skutek. Wągliki i dymienice nigdy prawie nieobmywane traktowano, jednakże bez skutku, odwarem z liści i łodyg z rośliny zwanéj tu „Szynan“ (gatunek *Saponaria*). W razie krwotoków owoc „Czach-czach“ *(Cesalpinia)* i wywar z ziarn kwaśnych granatów („*Szarap-ruman*“) podawano z wytrwałością, znajdując niekiedy chwilowe polepszenie, dzięki obecności garbnika i skrobi. Krwotoki z cewki moczowéj, trudne oddawanie moczu, leczono znowu podawaniem suchego owocu zwanego „Szybynt“ (*Opium*). Najważniejszą jednak rolę i najczęstsze zastósowanie znajdowała tak zwana „Memnyje,“ rodzaj smoły górskiéj pochodzącéj z Khorosanu, i używanéj przeważnie do okładów na szyję i piersi w celu jakoby usunięcia objawów nerwowych, a nie mniéj też i nieżytu w narządzie oddychania. Na nieszczęście jednak nie miewano najczęściéj żadnych skutków z podobnéj terapii! I jedynie te tylko bardzo łagodne przypadki nie stały się ofiarą zarazy, o których wielkorządca prowincyi, przesądny Takedin-pasza, wyraził się, że opieka takich tylko patryjarchów jak Ali i Hussein (z pominięciem już Mahometa) odwróciła od nich palec anioła śmierci.

Natura. Najświeższe zetknięcie się z dżumą, studyja nad jéj rozwojem i przebiegiem przeprowadzone ze ścisłością możebną w niezwykle trudnych okolicznościach, zrozumienie całéj niedostateczności dotychczasowych poglądów na naturę zarazy, wreszcie całe moje usiłowanie przyczynienia się choćby czémkolwiek do postępu nauki, na nieszczęście nie zostały uwieńczone skutkiem, jaki spodziewałem się tutaj osiągnąć. Dżuma też, jak dotąd tak i nadal, pozostała jeszcze chorobą gorączkową zakaźną, zaduchową, cechującą się na zewnątrz wąglikami, dymienicami i plamami powstałemi z wynaczynienia krwi, a także zmianą jakości téj ostatniéj i powikłaniami ze strony ośrodków nerwowych.

Dopóki jednak badania uczonych bakteryjologów były tylko w zarodku, patolog i higijenista mogli się zadowolić powyższém określeniem dżumy. Dziś jednak już ono nie wystarcza. Od czasu bowiem odkryć Müllera i Dujardina, od chwili nieśmiertelnych prac Pasteura i Kocha, nikt teraz nie wątpi, że wszystkie choroby zakaźne (a do takich bezwątpienia należy i dżuma) zawdzięczają swe powstanie nieskończenie małym żyjątkom, i że tylko za ich pośrednictwem rozwijają się i zarażają. Dotychczasowe więc zapatrywania, że dżuma jest stanem chorobowym powstającym w następstwie zmian zaszłych w jakości limfy lub krwi (Senac, Boulad, Grisolle), że jest skutkiem zaduchowego zatrucia się przez przyswojenie się nieznanego zarazka, musi ustąpić wobec tego bardzo prawdopodobnego faktu, że zarazkiem tym są to jedynie i wyłącznie małe żyjątka, dające się dostrzedz przy powiększeniu drobnowidowém w ropie dymienic u zadżumionych, prątki czy też pod innemi kształtami przedstawiające się gromadki bakteryj od dawna czekające na etymologiczną klasyfikacyję i naukową sankcyję.

Siły poszczególnych lekarzy mianowicie na Wschodzie tureckim nie były i pozostaną zawsze niedostatecznemi do sformułowania i śmiałego wystąpienia ze zdaniem o naturze dżumy. Bo chociaż sposobność obserwowania jéj tutaj nie bywała tak rzadką, to brak środków ułatwiających badanie, a być może że i krótkość czasu pozostawania lekarzy sanitarnych w miejscach dotkniętych zarazą, była zdaje się główną przyczyną, że pomimo nieraz najlepszych chęci dotychczas żadnego nie zrobiono kroku w téj tak ważnéj i zaciekawiającéj kwestyi. Z przyjemnością też powitałem wiadomość, że na ostatnim międzynarodowym Zjeździe lekarzy w Kopenhadze z zapałem przyjęto propozycyję Sir W. Gulla tak zwanéj „*Collective Jnvestigation*“ w celu wzajemnego wspierania się i komunikowania badań pojedynczo dokonanych. Wprawdzie nikt tam ze zgromadzonych z całego świata uczonych, być bardzo może, że nie pomyślał nawet o dżumie, która właśnie dogorywała w Iraku, podczas gdy obradowano w Kopenhadze. To jednak wcale nie zmniejsza mojéj nadziei, że uwaga uczonych zwróci się także i ku miejscowościom nawiedzanym przez dżumę, i że wspólne badania potwierdzą to, co ja z całą obawą pozwoliłem sobie zacytować, jako prawdopodobny tylko fakt patologiczny. Pierwszy krok na drodze tego rodzaju badań został już niejako zrobiony. Dr. Kastorsky delegat sanitarny rosyjski w grudniu p. r. przybył właśnie do Iraku, celem poznania miejscowych warunków etyjologicznych, sprzyjających powstawaniu i rozwojowi dżumy. Wspólnie ze mną zwiedziwszy punkty, które ucierpiały w ostatniéj tu epidemii, Dr. Kastorsky nie wahał się poprzeć moje zapatrywania własném doświadczeniem, jakie zdobył w czasie epidemii dżumy w Wetlance. I dla niego więc dżuma jest chorobą zakaźną, zawdzięczającą swe powstanie drobnym żyjątkom, o których kształcie i żywotności nie wątpię, że zadecydują przyszłe dochodzenia uczonych bakteryjologów.

Zaraza w przyszłości. Dżumę w Iraku arabistańskim uważa większa część higijenistów wschodnich, jak Drowie Mahe, Dikson i inni za przyswojoną. Również i pośród lekarzy, z którymi miałem stosunki, panuje zdanie, że dżumę w Iraku tak jak w Persyi można uważać za endemiczną. Parę faktów wybuchu zarazy w krótkich przerwach czasu zdaje się to potwierdzać. Są jednak i fakty przeciwne, więcéj przemawiające za charakterem nagminnym zarazy w Lurystanie perskim, gdzie choroba ogranicza się do pewnych miejscowości, z których przybywający do Iraku pielgrzymi wnosili z sobą zawsze przyrzut chorobowy. Przykładem tegoe pidemija dżumy w Dahara i Szamieh, która wybuchła właśnie w chwili napływu ogromnych mas ludności perskiéj do Nedżefu i Kerbeli, na obchód uroczystości zwanéj „Moharem,“ mającéj miejsce w okresie czasu między jesienią i wiosną tutejszą, podczas gdy pielgrzymi udający się inną drogą, np. przez Hanekin i Sulejmanieh, i pochodzący z okolic niepodejrzanych, odbyli pielgrzymkę w normalnych warunkach zdrowotnych i ani w czasie ich pobytu ani po odejściu nigdy nie stwierdzano wybuchu téj lub innéj choroby zakaźnéj. Nie wdając się dłużéj w wywody o charakterze dżumy w Iraku, czy ona jest przyswojoną i czy powstaje pod wpływem warunków czysto miejscowych, czy też przywleczona z Persyi rozwija się jako epidemija, o tém tylko zdołaliśmy się zapewnić, że dopóki nie zostaną polepszonemi higijeniczne warunki miejscowe, dopóty zawsze pozostaniemy w prawie przypuszczania, że zaraza pierwéj czy późniéj znowu tu wybuchnie z właściwą gwałtownością. Nie podobna bowiem mniemać, ażeby corocznie powtarzające się powodzie, pozostawanie ludności w lepiankach błotnych wypełnionych stertami nieczystości zwierzęcych i roślinnych w stanie gnilnego rozkładu, nędza moralna, o któréj polepszeniu nikt tu nie myśli, mogły wpłynąć korzystnie na stan zdrowotny okolicy. Słowem, dopóki trwać będzie podobny stan rzeczy, wszystko, coby podawano o dogorywaniu zarazy, będzie mrzonką. A jednak nie od dzisiaj to, jak dżuma na Wschodzie tureckim jest uważaną za dogorywającą! Lecz temuto dogorywaniu zaprzeczyły stanowczo nowe jéj ukazania się. Na czas jakiś przygasa ona na prawdę, aby wybuchnąć znowu potężniejszym płomieniem przy każdéj sprzyjającéj okoliczności tylko pozornie uśpionéj. Dżuma więc w Iraku arabistańskim ma swoją przyszłość, lecz przyszłość przerażającą swemi następstwami tak ekonomistę jak i lekarza! Przepaść, pochłaniająca tak często tysiące osób, grozi zmniejszeniem się ludności. Rządzący więc i higijenista powinni tu działać wspólnie i w zastósowaniu ochronnych przynajmniéj środków wspierać się wzajemnie. Gdy więc niebezpieczeństwo jest nieodwołalném, gdy wpływ środków higijenicznych nie da tak prędko pożądanych rezultatów, wypada więc działać przynajmniéj zdala, lecz działać z energiją, wyrozumieniem i wytrwałością.

Stwierdzono tu, że dżuma szerzy się najczęściéj w osadach takich jak wsie i miasteczka tutejsze, rzadko zaś bardzo wybucha pośród koczujących Arabów. Zaproponowano więc zniszczyć ogniem podobne siedliska zarazy, zmuszając ludność do przeniesienia się pod namioty. Częściowo nawet podobny środek zastósowano do Bedré, lecz tylko do młyna, gdzie to właśnie wybuchła zaraza i do kilkunastu nędznych

lepianek, gdzie przemieszkiwali Kurdzi z Lurystanu perskiego. Jakąkolwiek byłaby doniosłość higijeniczna podobnego postępowania, uważać je jednak wypada jeżeli już nie za barbarzyńskie, to z pewnością za niepraktyczne. Bo ludność, jakkolwiek wyrzucona ze swych siedlisk, po niejakim czasie znowu do nich powraca wytwarzając na nowo dawne warunki życia pośród zwierząt i nieczystości domowych. Wierna tradycyi trzymania się ojczystego kąta, z rozpaczą go tylko opuszcza, znosząc zarazę i klęski z właściwém sobie poddaniem się! Ku innéj więc stronie powinna być zwróconą uwaga stróżów zdrowia publicznego. Niezaprzeczonym jest faktem, że zaraza do Iraku bywa zawsze przywleczoną z Lurystanu perskiego, cała więc baczność powinna być zwróconą ku Mendeli, Zorbatye i drodze prowadzącéj z Hanekin do Bagdadu, którato właśnie jest główną liniją uczęszczaną przez kupców i pielgrzymów przybywających z Persyi. Nie mniéj też winna być poddaną ścisłéj obserwacyi okolica prowincyi południowo-wschodnia od strony Amary, przez którą prowadzi droga łącząca Irak arabistański z okolicami miast perskich Dyzfulu i Szusteru. Pasma zaś wzgórz, zamieszkałe przez plemiona kurdzkie, dotąd nie wzbudzają obawy, dopóki zwykli ich mieszkańcy pozostają w kryjówkach. Ztąd główne niebezpieczeństwo ześrodkowuje się na północy ku Bagdadowi, i na południe ku wybrzeżom Tygru i Kut-el-Amara. Ta téż okolica posiada najwięcéj osad wiejskich pozostających w ciągłym stosunku z miejscowościami pogranicza perskiego. Prócz tego poprzerzynana bardzo licznemi kanałami, łatwo może uledz powtórzeniu się faktu z roku 1875—76, w ciągu których przeszło 20 tysięcy osób padło ofiarą dżumy. W końcu Bassorah jako jedyna tu przystań, jakkolwiek w ciągu ostatniéj epidemii pozostała od niéj wolną, nie mniéj jednak powinna być otoczoną całą bacznością, punkt ten bowiem posiada wszystkie warunki sprzyjające rozwojowi zarazy. Zadaniem więc międzynarodowéj Rady zdrowia powinno być zainstalowanie w powyższych punktach nie zwykłych posługaczy sanitarnych, ale lekarzy, których obowiązkiem winno być czuwanie nad stanem zdrowotnym całego pogranicza turecko-perskiego, od Hanekin co najmniéj aż do zatoki perskiéj. To są środki dostępne i niemi to należy zwalczać zarazę nie wtedy, gdy już się rozwinie w prowincyjach Wschodu tureckiego, ale nawet wtedy, gdy tylko będzie nagminnie panować w Persyi. Dżuma bowiem jestto stare złe w stanie prawdziwego charłactwa; jest daleką od stania się tak niebezpieczną i tak szybką w swém szerzeniu się, jak ta druga plaga ludzkości, cholera, młodsza lecz téż i energiczniejsza w swém działaniu trucizna z Indyj, która ostatecznie więcéj niż kiedykolwiek okazała się być strasznym nieprzyjacielem dla całéj Europy.

Znającemu jednak miejscowe dane i środki, jakiemi rozporządzamy, horoskop co do przyszłości dżumy w Iraku przedstawia się bardzo smutnym i niepomyślnym! Bodajby jednak ta straszna plaga ludności wschodniéj raz przecie chciała się poddać usiłowaniom higijenicznym, i choć na dłuższy czas pozwoliła się wykreślić z kadr dzisiejszéj epidemijologii. Chętnieby to opłacono pozostaniem nawet w niewiadomości co do przyczyny wywołującéj, co do zaduchów czy żyjątek! W każdym razie „*a peste, fame et bello libera nos Domine.*“

III. Oceny i sprawozdania.

Baumgarten: **Doświadczalne i patologiczno-anatomiczne badania nad gruźlicą.**

Pomimo, że etyjologija gruźlicy należy dzisiaj do pewników najlepiéj ugruntowanych w całéj patologii, to przecież w nauce téj jest jeszcze dużo stron ciemnych, a najważniejszą z nich zapewne jest bijologija mikroorganizmów gruźliczych. Nieznanym jest daléj bezpośredni wpływ laseczników na elementy organów, do których dostały się drogą naczyń krwionośnych lub limfatycznych, nie wiemy również, zkąd pochodzą pojedyncze części składowe gruzełków prosówkowych (komórki olbrzymie, epitelioidowe, limfoidalne), czy sąto produkty bujania komórek przybłonkowych, czy stałych komórek organów, czy wreszcie sąto emigrowane białe ciałka krwi.

Cenne prace autora w tych kierunkach i jego zapatrywania pod tym względem są już znane z jego poprzednich publikacyj. W powyższéj pracy zebrał on je w pewną całość, z którą w każdym razie warto się zapoznać.

Na wstępie utrzymuje, że badania nad powstawaniem gruzełków prosówkowych doprowadzić mogą do rezultatu tylko na drodze doświadczalnéj, bo badanie histogenezy gruzełka na zwłokach ludzkich daje nam wyobrażenie tylko o pewnym stopniu rozwoju jego, nie zaś o czasowém następowaniu w rozwoju całego procesu gruźliczego. Dzisiaj nie zachodzi już żadna wątpliwość co do identyczności gruzełka prosówkowego u ludzi z takimże gruzełkiem wywołanym na drodze doświadczalnéj u zwierzęcia. Tożsamość tych dwóch rodzai gruzełków wynika najpierw z natury zakaźnéj obydwóch a powtóre z tych samych zmian wstecznych (zserowacenie i rozpad). Gruzełki téj saméj budowy histologicznéj wywołane u zwierząt przez wprowadzenie cząstek drobnych obojętnych do ich organizmu, nie są nigdy infekcyjne i nie okazują nigdy dążności do zserowacenia i rozpadu, mają zaś te dwie własności gruzełki powstałe przez zaszczepienie produktów gruźlicy prawdziwéj.

Aby dojść do jakichś pewniejszych wyników w badaniach nad powstawaniem gruzełka prosówkowego, potrzeba zjawiska na nim spostrzegane ułożyć w pewien stosunek z czasem jego rozwoju i rozmiarami, co możebném jest tylko na tęczówce i rogówce zwierząt, jako częściach zawsze przystępnych bezpośredniemu badaniu. Przednia zatém komora gałki ocznéj była polem obserwacyjném dla autora. Tylko części tkanki gruźliczéj zawierające laseczniki Kocha wywoływały miejscową lub ogólną gruźlicę. Bezpodstawność twierdzeń przeciwnych udowadnia z całym naciskiem, i zdaniem jego gruzełki bez udziału laseczników w tęczówce lub rogówce są niemożebne.

Przez ranę w rogówce zwierzęcia narkotyzowanego zadaną narzędziem ostrém i z zachowaniem wszelkich ostrożności aseptycznych wprowadzał autor do przedniéj komory gruzełek prosówkowy z zwłok o ile można świeżych. Punkt wyjścia wszystkich następnych zmian stanowi mnożenie się z każdym dniem laseczników, które najpierw w ogromnéj ilości nagromadzają się w młodéj torebce granulacyjnéj otaczającéj wszczepione ciało obce, i już 5 dnia po zaszczepieniu na wyciętych częściach można widzieć rozprószone laseczniki jużto wolne w istocie międzykomórkowéj, jużto w stałych komórkach tych tkanek. Dnia 6go jest ich już znaczna ilość, tęczówka i rogówka jeszcze nie okazują reak-

cyi, w miejscach większego nagromadzenia laseczników powstają gromadki komórek epitelioidowych, z których późniéj powstają gruzełki epitelioidowe (Wagner-Schippel) i limfoidowe (Virchow). Prątki dostają się w głąb tkanin nie unoszone za pomocą komórek wędrujących, lecz zupełnie wolne z prądami soków odżywczych. Gruzełki powstają w miejscach tylko tych, gdzie się nagromadziły prątki, i odpowiadają wielkością swą i bogactwem komórek ilości prątków w pewném miejscu usadowionych.

Aby udowodnić udział stałych komórek tęczówki w tworzeniu elementów gruzełka, należało wykazać na nich zmiany, które od spostrzeżeń Fleminga uważamy za nieomylny objaw ich czynności poliferacyjnéj. Pierwszą histologiczną zmianą na tych komórkach w obrębie osad lasecznikowych są rzeczywiście karykinetyczne figury, dzielenie się stałych komórek i ztąd nagromadzenie w obrębie osad laseczników, komórek epitelioidowych, które tém samém uważać należy za pierwsze i stałe elementy gruzełka prosówkowego, w którym z początku prócz komórek epitelioidowych okazujących karykinezę i laseczników nie znajdujemy żadnych innych składników. Dopiero późniéj i to od obwodu gruzełka z drobnych otaczających naczyń krwionośnych rozpoczyna się naciek drobnokomórkowy, przybywa nowy składnik gruzełka, tj. komórki limfoidalne. Na tych ostatnich nie widać jednak nigdy ani śladu karykinezy, a liczba ich coraz bardziéj wzrasta tak iż z czasem są składnikiem przeważającym w gruzełku. Ten ostatni z początku o komórkach tylko epitelioidowych przemienia się z czasem w gruzełek limfoidalny Virchowa. Znaczna ilość komórek z figurami karykinetycznemi zawiera 1 lub 2, rzadziéj więcéj prątków—na komórkach zawierających wiele prątków figur tych nie ma. Drugim z czasem przeważającym składnikiem gruzełka są komórki okrągłe; nie pochodzą one od epitelioidowych, lecz są ciałkami krwi emigrowanemi.

Tak więc według autora stałe komórki tkanin są punktem zaczepienia całego rozwoju gruzełka po dostaniu się prątków gruźliczych do normalnych żyjących organów: komórki te pod wpływem prątków wydają z siebie przez dzielenie pierwsze składniki gruzełka, komórki epitelioidowe,—drugi przeważający wreszcie składnik gruzełka, komórki limfatyczne, są następstwem pewnego podrażnienia naczyń i mają cechę zapalną. Zdania autora o komórkach olbrzymich obracają się w kole dwóch, dzisiaj istniejących hipotez proliferacyjnéj i konfluencyjnéj, — autor jest zwolennikiem pierwszéj. (*Zeitschr. f. klin. Med.* IX, 2). *Dr. Obrzut.*

Ziemacki: **O odtłuszczeniu ropy, krwi, plwocin itd. przed barwieniem w wodnych rozczynach barwika przy badaniach na prątki.**

Autor podaje korzystną modyfikacyję metody barwienia prątków, znajdujących się w płynach mięszczących w sobie tłuszcz, a mianowicie radzi zanurzyć w mięszaninie eteru (3 części) i wyskoku (1 część) szkiełko przykrywkowe, pomazane cieczą do badania przeznaczoną. Po odtłuszczeniu preparatu, przenika go wodny rozczyn barwika o wiele szybciéj i jednostajniéj, a prątki występują pod drobnowidem tém ostrzéj i dokładniéj, tak że ich rozmieszczenie i postać swobodnie śledzić można. Preparaty, z których tłuszczu nie oddalono, barwią się źle i niejednostajnie. Pochodzi to ztąd, że tłuszcz nie pozwala wodnemu barwikowi przeniknąć całego preparatu. Ilość tłuszczu zawartego w ropie otrzymanej w zapaleniu szpiku kostnego jest znacznie większą niż w ropie powstałéj skutkiem zapalenia tkanki łącznéj. Dla tego też nader ważną jest rzeczą odtłuszczenie ropy pochodzącéj z zapalenia szpiku kostnego. Śluz z nosa, gardła, jamy ustnéj, łącznicy oka, narządu moczopłciowego nie zawiera wiele tłuszczu, z tego więc względu odtłuszczenie nie jest koniecznem. Ze wszystkich wydzielin ustroju posiadają plwociny najmniéj tłuszczu. Oprócz powyższéj mięszaniny można do odtłuszczenia używać czystego eteru, chloroformu lub innych środków. (*St. Petersburger med. Wochensch.*, 1885, Nr. 16). *Dr. Prus.*

O leczeniu krzywicy fosforem. (Dyskusyja w Tow. lek. wied.).

Prof. Weinlechner przedstawiwszy 15-letnią dziewczynkę z krzywicą późną (pierwsze objawy chorobowe pojawiły się dopiero po 8mym roku życia), a przypominającą obraz rozmięknienia kości, nadmienia, że w tym przypadku fosfor nie zdawał się wywierać żadnego wpływu leczniczego. W odpowiedzi uwydatnia Kassowitz, że przedstawiony przypadek nie kwalifikuje się wcale do rozstrzygnięcia pytania, czy fosfor leczy krzywicę, a to głównie z powodu, że objawy zbaczają w uderzający sposób od zwykłéj krzywicy. I tak np. wiadomo, że w krzywicy istnieje ogromna wiotkość w stawach, tymczasem w przypadku przedstawionym wszystkie stawy są nadzwyczaj sztywne.

Prof. Monti okazuje szereg przypadków, w których fosfor w leczeniu krzywicy okazał się bezskutecznym, popierając swe zapatrywanie głównie liczbami, otrzymanemi z pomiarów długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowéj i ciężaru ciała. Zdaniem jego nie można dziecięcia uważać dopóty za wyleczone, dopóki ciężar ciała, obwód głowy i klatki piersiowéj nie zrówna się z liczbami, wskazującemi średnio ciężar ciała itd. u dzieci zupełnie zdrowych, a będących w równym wieku.

Hrynczak przedstawia dziecię, u którego fosfor (0·12 grm.) wywarł korzystny wpływ na ząbkowanie.

Doc. Eisenschitz wspomniawszy, że Kassowitz polecając fosfor przeciw krzywicy nie nadał mu wcale miana leku swoistego i nie uznał ustąpienia kurczu głośni za wyłączną miarę do ocenienia korzystnego działania fosforu, — popiera teoryję zapalną Kassowitza i zarzuca dotychczasowéj krytyce, występującéj przeciw terapii fosforowéj, zaniedbanie porównania wyników, otrzymanych przez leczenie fosforem i innemi środkami. W końcu dodaje, że sam w licznych przypadkach mógł obserwować korzystne działanie fosforu w krzywicy a szczególnie w zaniku kości czaszkowych (*craniotabes*). Dzieci były spokojniejsze, poty ustępowały, ciężar ciała zwiększał się a kości czaszkowe i kości odnóg szybko twardniały. Mowca uważa fosfor za środek działający wprost przeciw krzywicy, gdy tymczasem inne środki działają, jego zdaniem, pośrednio przez polepszenie odżywienia.

Kassowitz wymienia liczny szereg autorów, którzy niewątpliwie otrzymali pomyślne wyniki z leczenia krzywicy fosforem, w przeciwstawieniu wywodom Montiego i Hrynczaka, którzy na podstawie 24 przypadków niewyleczonych walczą przeciw terapii fosforowéj. Sam Kassowitz zebrał od roku 1879 już 1224 przypadków, w których fosfor okazał się bez wątpienia skutecznym środkiem przeciw krzywicy. Ze spostrzeżeń obcych przytacza K. następujące: Hagenbach, profesor chorób dziecięcych w Bazylei, wyraził się bardzo pochlebnie o znaczeniu fosforu w leczeniu krzywicy, przypisując mu przedewszystkiém korzystny wpływ na kostnienie kości czaszkowych, na usunięcie drgawek i kurczu głośni, na poprawienie ogólnego odżywienia i stanu psychi-

cznego. Polepszenie ogólne obserwował Hagenbach nawet w tych przypadkach, w których nie można było zastosować powszechnie znanych środków dyjetetycznych. Prof. Bohn w Królewcu używał również z pomyślnym skutkiem fosforu, jakkolwiek dodać należy, że we wszystkich przypadkach, w których istniały najlżejsze choćby zaburzenia w trawieniu, obawiał się podawać tego leku. Tymczasem wszyscy inni autorowie oświadczają zgodnie, że lekkie zaburzenia w trawieniu nie stanowią przeszkody w stosowaniu fosforu. Dr. Unruh, dyrektor szpitala dzieci w Dreźnie, uwydatnił korzystny wpływ fosforu głównie na układ nerwowy. Według jego licznych spostrzeżeń znikały napady kurczu głośni już po 8—14 dniach. Prof. Heubner i Dr. Förster widzieli także znakomite skutki po leczeniu krzywicy fosforem. Na zjeździe w Magdeburgu donieśli o pomyślnych swych wynikach z leczenia fosforem Wagner, Dornblüth, Sprengel, Lorey i Rauchfuss. W Towarzystwie lekarskiém lipskiém przemawiali prof. Schmidt i Dippe na korzyść terapii fosforowéj. Prof. Soltmann we Wrocławiu leczył 70 przypadków krzywicy zawiesiną fosforu w oliwie z pomyślnym wynikiem. Bagiński, jakkolwiek z początku potępiał leczenie fosforem, przyznaje teraz skuteczność fosforu w krzywicy.

Z lekarzy odmawiających fosforowi leczniczego wpływu w krzywicy przytacza Kassowitz Dra Weissa w Pradze i Schwechtena w Berlinie. Głos pierwszego nie ma jednak wielkiego znaczenia w téj kwestyi, gdyż Weiss chorych swych leczył tylko listownie, a Schwechten stawiając fosfor na równi z innemi środkami, zalecanemi przeciw krzywicy, sam przyznaje zatém fosforowi pewne lecznicze działanie. Teraz zwraca się mowca przeciwko Hrynczakowi i Montiemu, wykazując mylność i sprzeczność w ich wywodach i kończy rzecz zachętą kolegów, aby zechcieli się sami przekonać o skutecznym wpływie fosforu w krzywicy, zapewniając ich zarazem, iż z pewnością nie wrócą do dawniejszych sposobów leczenia krzywicy. (*Wiener med. Blätter*, 1885, Nr. 18, 19). *Dr. Prus*

G. Cecil Dickson: **Rozdęcie żył językowych jako objaw rozpoznawczy**.

Wiele pisano dotąd o tém, jak pouczającém dla lekarza jest obejrzenie jamy ustnéj, autor jednak nie znalazł wzmianki w dziełach, jakoby zmiany w żyłach językowych wskazywały inne ważniejsze zmiany chorobowe układu naczyniowego w ustroju. Pod wpływem pewnych warunków, osobliwie zaś u osób starszych, żyła językowa i śródjęzykowa bywają znacznie rozszerzone i pokręcone, prócz zgrubienia przedstawiają one guzkowate wypukłości, których przebieg rozgałęziony śledzić można aż do końca języka każąc choremu zwrócić szczyt języka ku górnym zębom siecznym; wtedy można widzieć dokładnie główne naczynia, ale rozgałęzienia ich można obserwować lepiéj, skoro chory zwróci język nieco na bok. Ponieważ żyła językowa jest gałęzią żyły jarzmowéj wewnętrznéj, będzie zatém wskazywać nam stan krążenia krwi w téj ostatniéj a tém samém stan krążenia w zatokach mozgowych, w żyłach Galena, a nawet w całym układzie żylnym śródczaszkowym. Rozszerzenie i pokręcenie żył językowych towarzyszy więc przekrwieniu żylnemu w tymże układzie, a więc warunkom, wśród jakich zakrzepy i wynaczynienia zazwyczaj powstają. Przyczyną tych ostatnich jest stan chorobowy serca, którego czynność jest słabą i nieregularną i właśnie wśród tych warunków powstaje przekrwienie żylne. Uwidocznienie naczyń włosowatych i żyłek w nosie, wargach i uszach daje nam wskazówkę co do stanu krążenia w głowie; ale żyła językowa uwidocznia się osobliwie, gdyż tylko przez błonę śluzową jest pokrytą i z przyczyn wewnętrznych łatwo obrzmiewa i wypukla się nad powierzchnię. Trudno wiedzieć, jakie miejscowe przyczyny sprowadzić mogą ten stan w przeciwieństwie do żyły łydkowéj, któréj obrzęki powstają w skutek ucisku w odnodze saméj, albo w jamie brzusznéj, a żyła ostatnia należąc do układu żylnego dolnego, nie może nam dawać wskazówki co do zachowania się naczyń mózgowych, jak tętnica językowa. Podobnie jak wydęcie żył krwawnicowych na przeciwnym końcu narządu trawienia wskazuje nam stan układu żyły bramnéj, tak samo rozszerzenie żył językowych wskazuje stan całego układu żyły jarzmowéj. Objaw ten rozpoznawczy zużytkować można tylko w pewnych granicach; również należy tu uwzględniać wiek chorych i nieznaczne rozszerzenie tych naczyń i u zdrowych osób; tylko znaczne rozszerzenie tych naczyń pozwala wysnuwać nam wnioski prognostyczne. Stan ten towarzyszy czasem łukowi starczemu rogówek, częściéj jednak towarzyszy temu ostatniemu zjawisku raczéj anemija mózgu niż przekrwienie. (*British medical Journal* May 2, 1885). *Dr. Roman Barącz.*

Prof. Wolff: **Przyczynek do nauki o wolu.**

Autor wyłuszczył 3 wole, nie podwiązując żadnego naczynia, lecz tamując krwotok przez ucisk naczyń palcem lub tamponem z waty salicylowej lub téż przez skręcenie. Podwiązywania tętnic przy téj operacyi należy, zdaniem autora, z wielu względów zupełnie zaniechać, a mianowicie: 1) wielka ilość przewiązek pozostawionych w ranie może zaburzyć gojenie się rany i dać powód do zapalenia śródpiersia, 2) podwiązanie zabiera wiele czasu i przedłuża operacyję, 3) przez podwiązanie naczyń wstrzymuje się dopływ krwi do krtani, tchawicy, przełyku, skutkiem czego powstają zaburzenia przy połykaniu, zanik i rozmięknienie tchawicy, a po części objawy należące do *cachexia strumipriva*, 4) przy podwiązaniu naczyń łatwo można zranić pnie lub gałęzie nerwu wstecznego, pętli nerwu podjęzykowego, a nawet nerwu błędnego lub sympatycznego, 5) tamowanie krwotoku sposobem podanym przez Wolffa jest najdzielniejszym środkiem ochronnym przeciw następowemu charłactwu. Jeżeli np. uwzględnimy bowiem, że *cachexia strumipriva* jest przeważnie następstwem zranień naczyń i nerwów, to łatwo pojąć, że to postępowanie, w którém najłatwiéj uniknąć można owych zranień, musi być najodpowiedniejsze.

Autor radzi użyć tego sposobu tamowania krwotoków również śród amputacyi, zwłaszcza w chwili, kiedy po zdjęciu węża Esmarcha wiele naczyń broczy z powodu porażenia nerwów naczynioruchowych. Od następowego krwotoku zabezpiecza najlepiéj dobry i dość silnie założony opatrunek.

Niewyłuszczona część wola może, według własnych spostrzeżeń Wolffa, uledz późniéj zanikowi. Autor wyliczając liczne znane przyczyny śmierci w przebiegu wola, nadmienia, że czasem może nagle nastąpić rodzaj zatrucia skutkiem nadmiernego braku powietrza, jakkolwiek światło tchawicy nie jest jeszcze w całości zamknięte. W przypadku operowanym przez autora chory nie oddechał przez 20 minut a mimo to, po dokonanéj tracheotomii, udało się chorego przywołać do życia. Autor sądzi, że wyłuszczenie wola torbielowatego wobec antyseptyki i nadmienionego sposobu tamowania krwotoków nie jest wcale operacyją niebezpieczną. (*Berl. klin. Wochensch.*, 1885, Nr. 19, 20).

Dr. Prus.

Z literatury sądowolekarskiéj włoskiéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

2) Tamassia: *Sulla determinazione cronologica delle macchie di sangue.* (*Atti del R. Istituto Veneto, II, 6*).

Jak pożądaném jest dla sądownictwa oznaczenie czasu, przez jaki plama krwawa istnieje na jakimś przedmiocie, stanowiącym lico sądowe, tak trudną jest dla lekarza sądowego odpowiedź na to ważne pytanie. W r. 1860 Pfaff podał sposób niby nieomylny celem sprawdzenia wieku takich plam, a sposób ten polega na łatwiejszéj lub trudniejszéj rozpuszczalności plamy w rozczynie wodnym kwasu arsenawego (w stosunku jak 1:120); oznaczył on nawet wiek ten ze ścisłością prawie matematyczną, podając np. że plama istniejąca od 1—2 dni rozpuszcza się w ciągu kwadransa, istniejąca od tygodnia wymaga ½ godziny, od 2—4 tygodni 1—2 godzin, od 4—6 miesięcy 4—8 godzin czasu aż do zupełnego rozpuszczenia się. Podczas, gdy niektórzy autorowie zdanie to Pfaffa powtórzyli bez krytyki, inni, jak Taylor, Tourdes, Liman, przyjęli je z niedowierzaniem, a Hofmann, Otto i inni zupełnie milczeniem je pominęli. Natomiast Dragendorff (w dziele Maschki) znów je powtarza bez krytyki a więc użycza mu wielkiéj swojéj powagi. Z tego powodu T. uznał za potrzebne przedsięwziąść szereg doświadczeń, celem przekonania się o wartości téj próby i ostatecznie dochodzi do wniosku stanowczego, że próba Pfaffa i Dragendorffa nie zasługuje wcale na wiarę a zastosowana do praktyki może dać pochop do brzemiennych w następstwa błędów sędziowskich.

(Próbę Pfaffa już przed kilkunastu laty uznaliśmy za urojoną i porzuciliśmy ją stanowczo. Odświeżenie jéj przez Dragendorffa dowodzi tylko, że sam jéj nie kontrolował, a dopuścil się przez to błędu tém większego, im większą jest powaga jego zasłużona, im większe zatém zachodzi niebezpieczeństwo, że inni na jego powagę powoływać się mogą. *Sprawozd.*)

Wobec niedopisania téj próby T. ogląda się za innemi. W téj mierze przechodzi po kolei wszystkie sposoby dawniéj zalecane: 1) Bryk w Krakowie w r. 1858 dowodził, że kryształki heminowe z plam dawniejszych są ciemniejsze aniżeli ze świeżych; cecha ta jednak nie ma znaczenia wielkiego, ponieważ barwa kryształków zależy i od innych okoliczności, a nadto skala barw ustanowić się nie daje. 2) Téj saméj nader wątpliwéj wartości jest prędsze lub powolniejsze odbarwienie plam za pomocą chloru. 3) W nowszych czasach przypisywano wielkie znaczenie rozpoznawcze przemianie hemoglobiny tlennéj w methemoglobinę, która następuje w plamach starszych, a cecha ta miała być tém większéj wagi, o ile methemoglobina, jak wiadomo, daje na widmie obok dwóch słabych pręg zwykłych między D. i E. także trzecią między C i D. Autor dowodzi, że badanie plam notoryjnie starych również często daje zwykłe dwie smugi hemoglobiny tlennéj, jak methemoglobiny, że więc i na téj próbie stanowczo polegać nie można. 4) Najpewniejszą zdaje się Tamassii próba polegająca na dwubarwności hemoglobiny, stykającéj się z kw. siarkowodowym; przekonał się bowiem, że dwubarwność występuje w plamach świeżych, a nie dopisuje w plamach dawniejszych; jednak sam autor nie ma odwagi uznać téj próby jako pewną.

(Ostrożność autora jest bardzo na miejscu, bo próba ta istotnie nie nabędzie znaczenia rozleglejszego, ponieważ jest tak niepewną jak spektralna i wszystkie inne; w ogóle lepiéj przyznać się otwarcie do niemożności oznaczenia wieku plam krwawych. *Sprawozd.)* (C d. n.)

Wiadomości pomniejsze.

(J. P.) **O leczeniu otyłości.** Ebstein uważa za główną przyczynę otyłości nadmierne przekształcanie się komórek tkanki łącznéj w komórki tłuszczowe. Dzieje się to albo skutkiem za nadto obfitego spożywania pokarmów, nieodpowiedniego odżywiania się lub odziedziczonéj albo nabytéj dyspozycyi ustroju. Jakkolwiek leczenie sposobem Bantinga prowadzić może do celu, nie jest ono racyjonalném, gdyż pożywanie pokarmów wyłącznie mięsnych jest czasem nie do zniesienia, a czasem szkodzi wprost zdrowiu. Sposobu leczenia polegającego na ograniczeniu dowozu napojów (Danzel, Oertel) trudno wprawdzie przeprowadzić z powodu uciążliwego pragnienia, sposób ten odpowiada jednak swemu celowi. Leczenie podane przez Ebsteina czyni zadość wszystkim wymogom obecnéj nauki o fizyjologii odżywiania. Mierny dodatek tłuszczów do pokarmów, zabezpieczając chorego od uczucia głodu i pragnienia, pozwala na ograniczenie tak stałych jakotéż płynnych pokarmów, a służąc zarazem jako materyjał wytwarzający siłę, ułatwia równoczesne zastósowanie ćwiczeń mięśniowych. Forsowne ruchy mięśniowe połączone z silném poceniem się, zalecane przez Stokesa i Oertla przy osłabieniu mięśnia sercowego, mogą być z pożytkiem wykonywane w tym okresie otyłości, kiedy serce zaczyna cierpieć na swém odżywianiu. Rozumie się samo przez się, że te ćwiczenia mięśniowe winny być przedsięwzięte z wielką ostrożnością i z uwzględnieniem stanu innych narządów i siły chorego, a przedewszystkiém pamiętać należy o stanie ścian naczyniowych. W niektórych przypadkach trzeba ruch mięśniowy zastąpić użyciem łaźni rzymskiéj. Lekarstwa i wody mineralne są co najmniéj zbyteczne, a nieraz wprost szkodzą zdrowiu. (*Wiener med. Woch.*, 1885. Nr. 21).

(J. P.) **O chirurgiczném leczeniu napadów astmatycznych.** Voltolini i Haenisch pierwsi zwrócili uwagę na związek istniejący między dychawicą a polipami nosa. Dalsze badania w tym kierunku przedsięwzięli Schäffer i Fraenkel a w ostatnich czasach zestawił Hack przeszło 600 przypadków dychawicy, wyleczonych po największéj części przez zniszczenie galwanokaustyczne polipów. Przyczyną napadów dychawicznych są odruchy z błony śluzowéj nosa. Siła tych odruchów nie zależy wcale od wielkości polipa, lecz od wrażliwości zakończeń nerwowych w błonie śluzowéj nosa, wyścielającéj muszle nosowe. To tłumaczy nam, dla czego nieraz wielkie polipy nie sprowadzają napadów astmatycznych, gdy tymczasem małe polipv już są w stanie dać powód do dychawicy. (*Wiener med. Wochensch.* 1885, Nr. 21).

(J. P.) **Zamaskowany gościec stawowy** występujący w postaci nerwobólów i wikłający się czasem z zapaleniem śródsierdzia wyleczył Immermann salicylanem sodowym (raz antipyrynem). Nerwobóle te pojawiały się w czasie nagminnego panowania gośćca stawowego. (*Wiener med. Woch.*, 1885, Nr. 21).

(J. P.) **O środkach przeciwgorączkowych.** W chwili, kiedy wprowadzono w użycie termometr, uważano chinin w większych dawkach i kąpiele zimne za najdzielniejsze środki przeciwgorączkowe. Skoro poznano, że w gorączce jest zwiększone oddawanie ciepła obok jeszcze więcéj spotęgowanéj produkcyi ciepła, zaczęto spierać się o przyczynę tego niestosunku w wytwarzaniu i oddawaniu ciepła. Wkrótce pojawiły się prace wyjaśniające chemizm podwyższonéj produkcyi ciepła. W roku 1874 wprowadził Lister użycie kwasu karbolowego a nieco późniéj

Kolbe kwas salicylowy. Następnie badano działanie przeciwgorączkowe brenzkatechinu, resorcynu, hydrochinonu i kairynu. Jaksch polecił użycie paramethoxyhydrochinolinu, mającego więcéj dodatnich stron niż kairyn. Wreszcie na podstawie badań Knorra zapoznano się z antipyrynem, który ze względu na bardzo słabe działanie uboczne zyskał sobie wielkie uznanie w praktyce. Filehne zestawiając znaczenie upostaciowanych i bezpostaciowych zakisów, pociągających za sobą jakościową zmianę w wymianie materyi i alteracyję układu nerwowego ośrodkowego, przychodzi do przekonania, że wszystkie środki przeciwgorączkowe wpływają głównie na regulacyję ciepłoty. (*Wiener med. Wochensch.*, 1885, Nr. 21).

Ω Dr. Campardon ogłosił obszerniejszą pracę o leczniczém działaniu **oleju tymiankowego**, któréj ostateczne wyniki dają się streścić w następujących punktach: I. Olej tymiankowy czyto zewnętrznie czy wewnętrznie użyty, działa na ustrój fizyjologiczny zawsze jednakowo, stosownie do dawki. Działanie można podzielić na trzy okresy: 1) pobudzenia, 2) uspokojenia, 3) zapadu i śmierci. II. Dawka lecznicza wynosi 0·20—2·00grm. III. Autor używał środka tego z dobrym skutkiem przeciw osłabieniu w blednicy, przeciw przygnębieniu moralnemu anemicznych itd. Również środek ten okazał się użytecznym przeciw gośćcowi mięśniowemu, nerwicom skóry itd., daléj autor korzystał niejednokrotnie z własności jego hemostatycznych. Autor poleca środek ten w pigułkach przepisując go:

Rp. Olei aether. thymi,
Saponis amygdal. ãã 1·00
Pulv. Gummi mimos. q. s. ut f. l. a. pill. decem.

Pigułkę każdą należy pociągnąć rozczynem eterycznym balsamu tolutańskiego, przez co zapobiega się ulatnianiu olejku. Najodpowiedniej zażywać pigułki (1—3 sztuk) zaraz po obiedzie (*Bull. thérap.*).

○ **Benzol w** *ulcus rodens*. Dr. Sherwell z Nowego Yorku poleca zastosowanie czystego benzolu w tém cierpieniu. Nie sprawia on bólu, lecz niszczy czułość części zajętych, nadaje im pozór białawy i sprawia rodzaj mumifikacyi. Po pewnym czasie tworzy się strup, który należy usunąć i stosować znów benzol. S. podsuwa także myśl zastosowania benzolu w przypadkach raka macicy, ale wątpliwą jest rzeczą, czy zastosowanie tego środka w tém miejscu okaże się skutecznem. (*The Lancet*).

IV. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ Międzynarodowa Konferencyja sanitarna w Rzymie. Prócz wymienionych już delegatów reprezentuje jeszcze Niemcy Dr. Erhardt, Austryję hr. Ludolf, Belgiję minister pełnomocny Van Loo, Brazyliję minister pełnomocny Callado i Dr. D'Azambuja, Daniję minister pełnomocny Hegermann Lindecrone, Francyję poseł Decrais, Angliję poseł Saville Lumley, Grecyję minister pełnomocny Rharis, Guatemalę jeneralny konsul Segarini, Włochy Komandor Randacchio, Japoniję minister pełnomocny Tanaka, Peru Brunialti, Portugaliję minister pełnomocny Carvalho e Vasconcellos, Rumuniję minister pełnomocny Obedennare, Rosyję poseł bar. d'Uxkull Gyllenbad i Dr. Eck, Serbiję Franassovich, Dr. Danitch, Szwecyję minister pełnomocny Linstrand, prof. Bergmann, Dr. Dahl, Turcyję chargé d'affaire Dr. Zoeros Pascha, Uruguay minister pełnomocny Antonini y Diez.

Na posiedzeniu z 20 maja przyjęto regulamin Konferencyi międzynarodowéj w Wiedniu z r. 1874 i wybrano Komisyję techniczną. Komisyja ta wybrała przewodniczącym senatora Moleschotta i uchwaliła wnieść pod obrady Konferencyi zniesienie (lądowych?) kwarantan i kordonów sanitarnych, uznawszy zupełne zamknięcie granic za niemożliwe. Na drugiém posiedzeniu téj Komisyi 25 maja zajmowano się kwarantannami. Przeciw nim przemawiał Bacceli. Co do kwarantan morskich Koch przemawiał za stosowaniem ostrzejszych przepisów w obec okrętów przewożących znaczniejszą liczbę ludzi niż w obec zwykłych przewozowych okrętów. Delegat Stanów Zjednoczonych północnéj Ameryki twierdził, że istnienie kwarantan jest nieuzasadnione, dla tego w jego kraju zastąpiono je innemi urządzeniami, nieludzką bowiem jest rzeczą zamykanie zdrowych i chorych w lazaretach. Delegat turecki przemawiał za kwarantannami, w czém go popierał delegat duński.—Brouardel domagał się wyjaśnień co do północno-amerykańskich zarządzeń oraz co do różnic między odosobnieniem i kwarantannami jak również co do sposobu postępowania w Anglii. Delegat angielski odpowiadając mu skreślił system nadzoru (inspekcyi). Erhardt żądał zastąpienia kwarantan mniéj dokuczliwemi zarządzeniami. Delegat indyjski twierdził, że nigdy cholera nie była z Indyj do Europy zawleczoną, czemu przeczył Rochard. Delegat angielski mniemał, że nie można przytoczyć przypadku, w którymby okręt cholerę do Europy zawlókł.—Na posiedzeniu dnia 26 maja uchwaliła Komisyja odroczyć na teraz obrady nad kwarantannami i przyjęła wniosek Brouardela, odnoszący się do tworzenia wzorowych portów i stwierdzania ogólnych stosunków zdrowia w portach.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 10—16 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27,1. Z płonicy umarło 1 (0 z. t.); z błonicy 2 (2 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t). Doniesiono w tymże czasie: o 3 przypadkach płonicy, 2 błonicy, 2 krztuśca, W tygodniu od 3—9 maja umarło w Londynie skutkiem ospy 44, leczyło się w szpitalach 1442, świeżo zapadło 329. W Wiedniu zapadło na ospę 134, umarło 26. W Paryżu umarło z ospy 8, w Rzymie 12, w Wenecyi 5, w Tryjeście i Odesie po 4, w Warszawie i Bazylei po 3, w Pradze, Zurychu i Manchester po 2, w Liwerpolu i Petersburgu po 1, w Kalkucie 8. Z duru osutkowego umarło w Odesie 1. w Londynie 2, w Petersburgu 3. Z cholery umarło w Kalkucie (od 22 do 28 marca) 87, w Madrasie 1, w Bombayu (od 1—7 kwietnia) 32.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 3—9 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,1; w Warszawie 31,6; w Poznaniu 31,9; w Wiedniu 33,6; w Pradze 34,0; w Tryjeście 28,7; w Berlinie 21,9; we Wrocławiu 33,1; w Hamburgu 28,8; w Mnichowie 32,4; w Dreźnie 23,0; w Lipsku 21,5; w Bazylei 15,9; w Brukseli 20,1; w Amsterdamie 19,0; Hadze 23,6; w Paryżu 25,1; w Londynie 18,7; w Kopenhadze 21,3; w Stokholmie 25,6; w Chrystyjanii 20,3; w Petersburgu 34,6; w Odesie 30,2; w Rzymie 29.0; w Wenecyi 30,4; w Bukareszcie 32,0; w Nowym Yorku 28,5; w Filadelfii 24,1; w Bombayu 27,3; w Madrasie 37,5. *J. B.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 czerwca. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego prof. Obaliński okazał preparat ciąży pozamacicznéj, uzyskany przez laparotomiję, nad którym poczynił uwagi prof. Madurowicz. Następnie Dr. Wiczkowski mówił o antipyrynie, jej wartości leczniczéj i wpływie na przemianę materyi. Dyskusyję nad tym ciekawym i zajmującym wykładem odłożono do przyszłego posiedzenia.

* Docent U. J. Dr. Mars począwszy od 10 bm. praktykować będzie w Krynicy w domu „pod Trąbką".

* W sobotę d. 30 maja odbył się w Warszawie obiad składkowy dla prof. Tyrchowskiego, celem uczczenia zasług jego dydaktycznych i naukowych przy sposobności ustąpienia jego z katedry. Rektor Uniw. Jagiell. prof. Rydel, dziekan Wydziału lek. prof. Stopczański i profesorowie oraz docenci tegoż Wydziału przesłali zasłużonemu profesorowi drogą telegraficzną wyraz uznania swego.

* **Praga czeska** 1 czerwca. Na dzisiejszém posiedzeniu „Spolku lekařův českých" demonstrowali 1) docent weterynaryi Dr. Böhm przypadek *Echinococcus* w płucach krowy; 2) Dr. Batěk przypadek *Paralysis bulbaris* z kliniki prof. Eiselta u mężczyzny 62-letniego, u którego choroba wystąpiła w ostatnich miesiącach. Poprzedziły chorobę objawy *Poliomyelitis anterior*, któréj ona często bywa objawem końcowym; 3) Dr. Zdeborský chorego z kliniki prof. Weissa, u którego wykonano z powodu *genu valgum* po bezskutecznych usiłowaniach ortope-

dycznych osteotomiję według metody Mac-Ewena z zupełnie dobrym skutkiem. W 5 tygodni po operacyi chory zaczął chodzić, dzisiaj już może przechadzać się nawet po mieście. *Dr. Obrzut.*

Gleichenberg *26 maja.* Wcześniéj niż gdzie indziéj rozpoczęła się w zdrojowisku naszém pora zdrojowa, już bowiem do dnia 21 maja bawiło 413 osób pomiędzy niemi Arcyksiąże Karol Salwator z małżonką Maryją Jmakulatą i córeczką Antoniną.

Tutejszy Zarząd zdrojowy poczynił w roku bieżącym znaczne ulepszenia nie szczędząc ani trudów ani kosztów, które przekroczyły względnie poważną sumę 40.000 złr. — Do ulepszeń tych należy: *a)* postawienie klosza pneumatycznego mogącego 9 osób pomieścić; *b)* do dawniéj istniejących 3 sal do wziewań przybyło 14 gabinetów oddzielnych; *c)* liczbę wanien pomnożono o 9 gazowych nowego systemu (*Calorisatorbäder*); *d)* zaprowadzenie wyrobu kefiru przez Szwajcara wyrabiającego żętycę.

Ulepszenia te podjął Zarząd skutkiem żądań lekarzy jednogłośnie wyrażonych na pierwszém posiedzeniu w roku ubiegłym. Nie ulega wątpliwości, że nowozaprowadzone ulepszenia znacznie wpłyną na rozwój tutejszego zakładu, służąc równocześnie za dowód, jak zbawienne owoce przynosi skojarzenie się władz administracyjnych zdrojowiska z lekarzami zdrojowymi.

* W Cieplicach czeskich do d. 30 maja było gości 1254, w Giesshüblu 40.

* Dzienniki hiszpańskie donoszą o uczcie, która odbyła się w Barcelonie na cześć Dra Farrana, uczcie lekarskiéj, któréj menu było charakterystyczném: *Puré à la Perinóspora, — Canelones à la Pasteur, — Chuletas à la Koch, — Robulo con salsa Comabacillus, — Punch à la Profilaxis* itd. — Dr. Ferran, lat 33 liczący, lekarz praktykujący w Tortozie w Katalonii, przeprowadził pierwszy szczepienie ochronne cholery za pomocą lasecznika przecinkowego Kocha. Przekonawszy się na królikach, że zaszczepione przyjmowały potém bezkarnie tak wielkie masy tworów chorobowych, jakie nie szczepione z pewnością byłyby naraziły na śmierć, przedsięwziął szczepienie na sobie i przyjacielu. U obydwóch na miejscu szczepienia powstało obrzmienie, ogólne niedomaganie i objawy lekkiego napadu cholerycznego, które po upływie 24 godzin ustąpiły. W tydzień po tém zastrzyknienie podobne prócz następstwa miejscowego żadnych innych nie wywołało. Ferran jest mocno przekonany, że w szczepieniu znalazł nieomylny środek ochrony przeciw cholerze, a epidemija wybuchła w mieście Jativa sprowadziła doń wiele osób, które zaszczepił, poprzednio zaszczepiwszy własną żonę i dzieci oraz rodziców. Hiszpanie wielbią swego rodaka, uważając kwestyję ochronnego szczepienia cholery za stanowczo rozstrzygniętą; Koch atoli jeszcze nie przemówił w téj ważnéj sprawie.

* **Berlin.** Zmarła w r. 1883 hrabina Ludwika Bose, córka elektora heskiego Wilhelma II, zapisała kapitał 800.000 marek na stypendyja dla uczniów medycyny, asystentów i docentów Uniwersytetu marburskiego.

* **Paryż.** D. 16 maja odsłonięto w mieście Angoulême pomnik Bouillauda, ur. 1796, † 1881.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Giessen.** Dr. Wesener, asystent przy zakładzie patolog. habilitował się jako docent chorób wewnętrznych. — **Wrocław.** Docent prywatny Dr. Wernicke w Berlinie przedstawiony został na profesora psychijatryi i prymaryjusza oddziału dla chorych na umyśle w szpitalu Wszystkich Świętych. — **Gryfija.** Rektorem uniwersytetu wybrany został prof. okulistyki Rudolf Schirmer, dziekanem zaś Wydziału lek. prof. Mosler.

* **Odznaczenia.** Prof. Gustaw Braun w Wiedniu w uznaniu zasług swoich otrzymał order korony żelaznéj 3éj klasy.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 22: Kramsztyka: O patrzeniu przez soczewkę w obrazie odwrotnym i o zastosowaniu tego sposobu w oftalmoskopii; Szwajcera: Ślepota i ślepota połowiczna w przebiegu tyfusu brzusznego (dok.). — W *Medycynie* Nr. 22: Biegańskiego: O naczynioruchowém oddziaływaniu skóry i o sztucznéj pokrzywce *(urticaria factitia)*; Gluzińskiego (z kliniki prof. Korczyńskiego): Działanie wyskoku na czynność żołądka ludzkiego (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. Bronisław KOZŁOWSKI (w Kijowie): Epidemija dyzenteryi w wojskach rozpołożonnych w Kiewie w 1883 g. Kiew 1885 in 8vo str. 50 i 2 tabl.

Dr. PERKOWSKI: Nadliczbowa cewka przebiegająca prącie. (Odbitka z „Medycyny“) in 8vo str. 3 z ryc.

Tenże: Osteoplastyczna zasada rękoczynu Pirogowa Le Forta. (Odbitka z „Medycyny“) in 8vo str. 6.

Na fundusz portretu śp. prof. Kozubowskiego złożyli: Dr. Lech ze Lwowa 2 złr., Dr. Schattauer ze Lwowa 5 złr., Dr. Wroński z Gorlic 2 złr. co czyni razem z poprzednio wykazanemi składkami kwotę 281 złr. 15 ct.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszénie konkursu.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 19 Maja rb. do L. 25031, rozpisuje się konkurs na trzy posady asystentów lekarskich, przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie na lat dwa, które przy zadawalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.

Do posady asystenta lekarskiego przywiązaną jest płaca 500 złr. w. a. rocznie, bez żadnego dodatku. Ubiegający się kandydaci do tych posad powinni wykazać:

1. Wiek, stan i miejsce urodzenia.
2. Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.
3. Stopień Doktora medycyny, lub wszech nauk lekarskich, uzyskany na jednéj z Wszechnic Państwa austryjackiego.

Podania wnosić można do dnia 15 Lipca rb. na ręce Dyrekcyi szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio, lub za pośrednictwem swéj Władzy przełożonéj, jeżeli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Lwów dnia 1 Czerwca 1885.

Dyrekcyja kraj. szpitala powszechnego.

KONKURS.

Na posadę lekarza miejskiego w Ujściu solném, z pensyją roczną 150 złr. a. w. pobieraniem wynagrodzenia od rewizyi bydła i oglądania ciał umarłych rozpisuje się niniejszém konkurs. Bliższéj wiadomości udzieli Zwierzchność gminna.

Zwierzchność gminna.

Ujście solne 23 Maja 1885.

Burmistrz *Tomasz Pyciak.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 13 czerwca 1885. **№ 24.** **Rok XXIV.**

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Madurowicza w Krakowie.

Poród powikłany torbielem wielokomorowym jajnika.

Podał Dr. Jan Rosner,
asystent tejże kliniki.

Dnia 11 maja br. przyjętą została do kliniki położniczéj rodząca B. H., lat 26 licząca, zamężna z Krakowa. Pierwsza regularność pojawiła się u niéj w 15ym roku życia, odbywała się zawsze okresowo i trwała 6—7 dni bez jakichkolwiek dolegliwości. Pierwszy raz porodziła przed 6, ostatni raz przed dwu laty a obecnie rodzi po raz szósty. Porody były lekkie, dzieci były żywe, donoszone. Regularności od czasu zajścia po raz pierwszy w ciążę dotąd nie miała z przyczyny karmienia naprzemian z ciążą. Podczas ostatniéj ciąży pojawiało się u niéj w różnych odstępach czasu kilkakrotnie krwawienie skąpe, trwające 1—2 dni; odchody były zazwyczaj bladoróżowe i nie towarzyszyły im żadne dolegliwości. W 3ch ostatnich tygodniach ciąży obecnéj pojawiły się obfite białe upławy a w ostatnim tygodniu nadto bez przerwy czerwone. Zresztą oprócz zaparcia stolca w początkach ciąży obecnéj innych dolegliwości nie miewała. Powiększenia brzucha w czasie ostatniego karmienia lub szybszego wzrostu tegoż podczas ostatniéj ciąży nie zauważyła; tyle tylko podać może, że podczas ciąży obecnéj znacznie wychudła i że przez cały ciąg jéj trwania była ogólnie osłabioną, któreto osłabienie wzrastało w miarę postępu ciąży; przedtém nigdy nic podobnego nie zauważyła.

Bóle porodowe rozpoczęły się pod wieczór w dzień przed przybyciem do kliniki, trwały całą noc i były silniejsze i częstsze, niż podczas poprzednich porodów. Lekarz zawezwany polecił rodzącą odesłać do kliniki położniczéj, gdzie rano dnia 11 bm. stwierdzono stan następujący:

Osoba dobrze zbudowana, miernie odżywiona. Ciepłota ciała nieco podwyższona, tętno przyspieszone. Brzuch powiększony, nieobwisły; linija środkowa ciemniéj zabarwiona. Dawne blizny poporodowe na skórze widoczne. Napięcie powłok brzusznych mierne. Brzuch przy dotyku nieco bolesny, okazuje w dolnéj swéj części wyraźne falowanie. Warstwa płynu nieznaczna, mimo to jednak przy uderzaniu palcem na dolną część brzucha fala widocznie posuwa się od dołu ku pępkowi, podnosząc lekko powłoki brzuszne. Powyżéj okolicy pępka falowania nie ma. Macica powiększona, na prawo nieco przechylona, sięga dnem prawie do wyrostka mieczykowatego. Wypuk po stronie lewéj w górę od pępka bębenkowy, ku dołowi stłumiony. Okolica nad spojeniem kości łonowych znaczniéj wypuklona i tamże wybadalna główka mała, ruchoma, ku przodowi wysunięta. W macicy opór większy po stronie lewéj i tam tętno płodu wyraźnie słyszalne. Bóle porodowe częste, silne i bolesne. Badanie wewnętrzne dało obraz następujący: W odległości ½ palca od wejścia do pochwy tylna jéj ściana wypuklona bardzo znacznie przez ciało elastyczne, silnie napięte. Ujście maciczne wysoko za spojeniem łonowém ułożone, na talar rozwarte. Warga przednia przedstawia zaledwo wąski skrawek, podczas gdy tylna na ½ palca długa i wyraźnie od wymienionego guza oddzielona. W ujściu o brzegach podatnych wybadalny w wysokości wchodu miednicy pęcherz płodowy o błonach grubych, podczas bólu znacznie się napinający. Podczas zestawionego badania wykazać można nad wchodem odcinek główki małéj, ruchoméj, ku przodowi przesuniętéj. Badanie *per rectum* dało wynik następujący: Przednia ściana kiszki stolcowéj wypuklona ku wygięciu kości krzyżowéj przez ciało miękkie, napięte, elastyczne, stanowiące z ciałem wypuklającém tylną ścianę pochwy jednę całość, okazujące niewyraźne chełbotanie. Górnego ograniczenia obrzęku palcem dosięgnąć nie można; nie można również wykazać ruchomości guza z powodu bolesności i znacznego parcia rodzącéj.

Na podstawie powyższych danych rozpoznano poród w położeniu czaszkowém I, powikłany torbielem jajnikowym,

19

leżącym swym dolnym odcinkiem w jamie Douglasa i wypełniającym prawie zupełnie tylną przestrzeń miednicy małéj. Górna część obrzęku, położona po stronie lewéj macicy, sięga prawie do wysokosci pępka.

W celu usunięcia niestosunku porodowego wynikłego z torbiela zamykającego drogę porodową, postanowiono przedewszystkiém próbować, czy obrzęk z jamy miednicy małéj ku górze wysunąć się nie da. Po zachloroformowaniu rodzącéj wszedł prof. Madurowicz prawą ręką do pochwy a wywierając ucisk palcami stożkowato ułożonemi na dolny odcinek torbiela, z łatwością go nad wchód miednicy wysunął, poczém natychmiast wstawił się dolny odcinek macicy z pęcherzem rozwierającym szyję balonowato pod wchód miednicy, przyczém i ujście okazało się zupełnie rozwarte. Ponieważ podczas bólu następnego obrzęk nie schodził ku dołowi i przez pochwę nie było można go więcéj wybadać, korzystano z téj okoliczności i przebito podczas tego samego bólu pęcherz plodowy, poczém główka natychmiast wstąpiła do próżni miednicy. Następny ból zakończył poród. Dziecko urodziło się żywe, nie zupełnie donoszone.

Badanie zewnętrzne po porodzie przedsięwzięte wykazało, że objętość brzucha nie o wiele się zmniejszyła. Na prawo wybadalna macica leniwo się kurcząca, na lewo wykazać można torbiel jajnika do podżebrza lewego sięgający, o powierzchni nierównéj, odpowiadającéj torbielom wielokomorowym. Przy badaniu przez powłoki brzuszne stwierdzono nadto z łatwością, że jajnik lewy jest przeistoczony, a to na podstawie, że po stronie téj znajdowała się wyraźnie napięta szypułka, czego po stronie prawéj nie wybadano. Z przyczyny słabego kurczenia się macicy i pojawienia się miernego krwawienia usunięto łożysko sposobem ręcznym, przyczém przekonano się, że tumor w zupełności ustąpił z miednicy małéj. Choréj zalecono spokój i podano wyciąg sporyszowy, a pod wieczór dnia tegoż powtórzono dawkę sporyszu z przyczyny gnuśności macicy i krwawienia zresztą niezbyt silnego. Dnia następnego dostała chora napadu dreszczów i silnéj gorączki. Stan groźny utrzymywał się przez dni 5. Gorączka w tym czasie dochodziła do 40°C., tętno było drobne, przyspieszone, skóra sucha, brzuch wzdęty, silnie napięty, mocno bolesny. Język suchy, obłożony; nudności i częste wymioty zielonemi płynami. Odchody krwawe, obfite, zachowywały się zresztą prawidłowo. Trzeciego dnia po porodzie nastąpiło skutkiem wzdęcia brzucha częściowe wypadnięcie macicy. Jak zazwyczaj w takich razach stosowano i tu okłady zimne, wysychające na brzuch, podawano środki ból łagodzące i napoje kwaskowate. Zwracano również uwagę na stolce choréj, zalecając przedewszystkiém zachowanie zupełnego spokoju. Z przyczyny wypadnięcia macicy zalecono pierwotnie odprowadzenie téjże i utrzymywanie jéj *in situ* za pomocą tamponów. Gdy jednak macica wraz z tamponami również wypartą została, polecono obmywanie jéj letnim roztworem kwasu karbolowego i pokrywanie części pochwowéj na zewnątrz wystającéj skrawkami gazy jodoformowéj, zamaczanemi w ciepłym roztworze kwasu karbolowego. Wymioty uśmierzano kawałkami lodu i kroplami wawrzynośliwowemi. W 6 dniu po porodzie po obfitych potach bolesność, wzdęcie brzucha i wymioty zaczęły ustępować a równocześnie obniżyła się ciepłota. W 2 dni późniéj brak zupełny objawów zadrażnienia otrzewny; brzuch miękki, podatny, niebolesny. Część pochwowa jeszcze nieco na zewnątrz wystaje. W jedenastym dniu po porodzie chora na własne żądanie klinikę opuściła. Badanie uskutecznione przy wyjściu dało wynik następujący: Stan bezgorączkowy. Brzuch miernie wzdęty, niebolesny, powłoki podatne. Obwód brzucha przez pępek wynosił 82cm., odległość od spojenia łonowego do pępka 18, do wyrostka mieczykowatego 35cm. Odległość od górnego, przedniego wyrostka kości biodrowéj do pępka po obu stronach wynosiła 18cm. Przez powłoki wybadać można w jamie brzusznéj guz elastyczny, ruchomy, niebolesny, usadowiony przeważnie nad pachwiną lewą i sięgający ku górze na szerokość dłoni poniżéj podżebrza lewego i przechodzący nieznacznie na prawo poza liniję białą. W okolicy pępka guz ten okazuje miejsce wielkości pięści twardsze, nierówne, robiące wrażenie, jakby w ścianach większego torbiela skupione były torbiele mniejsze. Chełbotanie po stronie lewéj w kierunku podłużnym wyraźne, z boku na bok mniéj wyraźne. Część pochwowa jeszcze w przedsionku widoczna; macica ruchoma, niebolesna, we wszystkich sklepieniach jeszcze wykazać się daje; odchody połogowe prawidłowe.

Przypadek opisany torbiela jajnikowego, zatykającego drogę porodową, jest pierwszy, jaki się przydarzył w klinice krakowskiéj w przeciągu dwudziestukilku ostatnich lat. W roku natomiast 1870 odbył się w téjże klinice poród zakończony cięciem cesarskiém z powodu guza wielkości pomarańczy wypełniającego również miednicę małą, niedającego się odprowadzić i stanowiącego przeto absolutne zwężenie. W przypadku owym, nader rzadkim, zakończonym śmiercią matki, (opis w Przeglądzie Lekarskim z tegoż roku) guz okazywał budowę nerwiaka. Wychodził on od nerwu kulszowgo prawego, co zresztą jeszcze za życia rodzącéj podejrzywano na podstawie téj, że ucisk na guz wywoływał silny ból w odnodze dolnéj prawéj.

Prócz tego obserwowano jeszcze kilka przypadków włókniaków usadowionych w ścianach macicy, które jednakowo nie wywierały wpływu na przebieg porodu, nie wywołując zupełnie niestosunku porodowego.

Zastanawiając się nad przypadkiem opisanym i w ogóle nad obrzękami zatykającemi drogi porodowe i wywołującemi z tego powodu niestosunek porodowy, to zauważyć musimy, że guzy takie przedewszystkiém pochodzić mogą od macicy saméj. Pomijając inne, mniéj ważne, wymienić tutaj musimy włókniaki śródścienne i podotrzewnowe, jakoteż ich odmiany. Guzy tego rodzaju wychodzące z szyi lub z trzonu macicy i rosnące w kierunku miednicy małéj lub tam się na szypułce opuszczające, stanowić mogą, w razie niemożności odprowadzenia ich, wskazanie do różnych zabiegów operacyjnych. Włókniaki tego rodzaju odchodzą najczęściéj od tylnéj ściany macicy; w niektórych razach są usadowione z boku lub na ścianie przedniéj. Co się tyczy zachowania się ich podczas ciąży, to zauważono, że rosną one szybciéj i obrzmiewają przytém tak, że dają przy badaniu uczucie ciał miękkich a nawet okazują pewien stopień chełbotania. Rozmiękczenie to włókniaków bywa czasem tak znaczne, że podczas porodu podobnie jak torbiele pękają, czemu zazwyczaj towarzyszą objawy nader groźne. Wielkość włókniaków, stanowiących przeszkodę podczas porodu, niekoniecznie musi być znaczna, bo znane są przypadki takie, w których włókniaki wielkości jaja kurzego zmuszały do ciężkich zabiegów a nawet do rozkawałkowania płodu. Guzy większe wielkości pięści, pomarańczy lub główki noworodka, dawały niejednokrotnie wskazanie do cięcia cesarskiego, jeżeli niestosunek porodowy ztąd wynikły w inny sposób uchylony być nie mógł. W niektórych jednakże przypadkach pomimo

niestosunku bardzo znacznego, wywołanego obecnością włókniaków w jamie miednicy małej, poród nadspodziewanie odbył się siłami przyrody, zwłaszcza w razach, gdy płód był niedonoszony lub zmacerowany. W 2 przypadkach opisanych przez E. Martina (*Zeitschrift für Gbhlfe u. Frauen-Krankheiten*, 1885) poród odbył się dopiero po pęknięciu ciemienia małego i kości ciemieniowych i po odpływie mózgu na zewnątrz. W niektórych razach guzy włókniakowe dały się odprowadzić, zwłaszcza jeżeli były uszypułkowane. Podobne przypadki opisał Hecker, Habit, Breslau i inni. Czasem udaje się odprowadzić guzy nawet bardzo znaczne np. wielkości główki (Braxton Hicks). Również znane są przypadki, w których włókniaki podczas porodu dobrowolnie ku górze się wysunęły, bądź to w skutek wysunięcia się szyi w tym kierunku, bądź też w skutek ucisku wywartego na nie przez część poprzedzającą. O tém świadczą przypadki obserwowane przez Blota, Wiliamsa i innych. Jeżeli guzy włókniakowe macicy żadnym sposobem usunięte być nie mogą i stanowią absolutne ścieśnienie dróg porodowych, tak że o zmniejszeniu płodu mowy również być nie może, natenczas, jak już wyżéj powiedziano, poród cięciem cesarskiém zakończony być musi. Statystyka smutne co do tego postępowania podaje nam daty, bo w przeszło 30 kilku przypadkach zebranych przez Cazina, Spiegelberga i Breslaua, 4 tylko rodzące uratowane zostały, podczas gdy dla dzieci rezultaty daleko były pomyślniejsze. Ponieważ operacyja ta w ostatnich czasach różnym uległa modyfikacyjom, które korzystniejsze dają wyniki aniżeli dawniejsze klasyczne cięcie cesarskie, przeto spodziewać się należy, że w przyszłości i pod tym względem rokowanie będzie lepsze. Przypadki absolutnego ścieśnienia kanału rodnego, w których z jakichbądź przyczyn zachowano się biernie, zakończyły się bez wyjątku śmiercią. Heck przeciął podczas porodu tylko ścianę pochwy i wyłuszczył włókniak przeszło $^1/_2$kgm. ważący z pomyślnym dla matki wynikiem. Z postępowaniem tém nie zgadza się Tarnier, uważając je za zbyt niebezpieczne. Wargi maciczne włókniakowo przeistoczone usuwali podczas porodu Charrier, Danyau, Braxton Hicks, Wallace itd.

(Dokończenie nastąpi).

II. Przyczynek do statystyki i kazuistyki nieżytu dróg oddechowych, jego następstw i powikłań.

(Urywek ze sprawozdania za r. 1883).

Przez prymaryjusza **Dra St. Paszkowskiego.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

P r z e r o s t p r a w é j k o m ó r k i s e r c a jako następstwo przewlekłego nieżytu oskrzelowego z rozedmą płucową stwierdzono 44 razy, czyli w 22·6% wszystkich przypadków, a więc stosunkowo rzadko, jeżeli się zważy, że znaczny nieżyt oskrzelowy z znacznego stopnia rozedmą płucową obserwowano w 134 przyp. a rozedmę płucową ogółem z nieżytem oskrzelowym w 178 przyp. Od czego właściwie zależy przerost prawéj komory w tych stanach chorobowych, w którym okresie występuje i co jest przyczyną, że wśród równych zresztą, a przynajmniéj na pozór równych, danych ze strony nieżytu oskrzelowego i rozedmy płucowéj, takowego niekiedy brak, o tém również pomówimy poniżéj na podstawie przypadków zakończonych nekroskopiją. Tu tylko zaznaczamy, że wyśledzenie przerostu prawéj komórki serca w ogólności jest nadzwyczaj trudne, albowiem warunki, wśród których się tenże wytwarza, sprowadzają częstokroć jednocześnie zmiany, które utrudniają wybadanie przerostu prawéj komórki za pomocą wypuku (bardzo znaczna rozedma płuc, puchlina piersiowa, puchlina worka sercowego, zwyrodnienie serca). Zaostrzenie drugiego tonu nad tętnicą płucową wcale nie dowodzi bezwzględnie przerostu prawéj komory serca, gdyż świadczy tylko o jéj silniejszém działaniu, które może chwilowo, a nawet dosyć długo, istnieć bez przerostu. Nadto wobec zwyrodnienia mięśnia sercowego i słabéj akcyi serca nie istnieje zaostrzenie 2go tonu nad tętnicą płucną mimo przerostu prawéj komory lub z powodu równoczesnego zaostrzenia drugiego tonu nad tętnicą główną z przyczyny jakiejkolwiekbądź komplikacyi brak podstawy do porównawczego ocenienia siły drugiego tonu nad tętnicą płucową. Tętnienie w dołku podsercowym również samo przez się nie jest objawem przerostu prawéj komórki serca, ale często tylko objawem przesunięcia serca albo też wcale nie pochodzi od serca, lecz od aorty brzusznéj. Zdaje mi się, że tu, jak i w wielu innych rzeczach w medycynie, uprzedzenie psuje trzeźwość obserwacyi; przyzwyczailiśmy się tak dalece do tego, że przy każdym nieżycie oskrzelowym przewlekłym i rozedmie płucowéj znacznego stopnia powinniśmy znaleźć przerost prawej komórki serca, że wmawiamy w siebie tę rzecz i z uprzedzeniem badając stwierdzamy czego nie ma, albo złemu badaniu przypisujemy winę, żeśmy nie stwierdzili tego, co być powinno. Ztądto pochodzi, że nad tą kwestyją nigdy się nie zastanawiamy a jednak rzecz ta ma bardzo wielką wagę, szczególniéj co do rokowania.

Stosunkowo bardzo częstém powikłaniem bywały z m i a n y w t ę t n i c a c h i to tak w tętnicy głównéj i w tętnicach obwodowych, jakoteż w tętnicach wieńcowych serca z różnemi objawami. Trudno było nieraz ocenić, czy zmiany w krążeniu były pierwotne a zmiany w narządzie oddechowym następowe, czy też odwrotnie, tém trudniéj, że u wiekowych ludzi miażdżyca tętnic jakoteż rozedma płucna z towarzyszącym jéj nieżytem są ogniwami, które wiążą się obok innych jeszcze zmian w ten łańcuch, który w postaci uwiądu starczego (*marasmus senilis*) tak często w praktyce szpitalnéj bywa przedmiotem badania a względnie leczenia. To też trzymaliśmy się téj zasady, że tam, gdzie nie było wybitnéj wady zastawkowéj, albo gdzie nie było następstw, którebyśmy koniecznie tłumaczyć musieli ze zmian p i e r w o t n y c h w krążeniu (zatory, zawały itd.), więc nawet przy równorzędnie występujących zmianach w narządzie krążenia i narządzie oddechowym, istniejący nieżyt oskrzelowy braliśmy jako chorobę główną, choćby zresztą także i dla tego, że nieżyt oskrzelowy jako choroba, która może się zmniejszyć lub nawet zupełnie ustąpić, jako taki może być zapisywany w wykazach szpitalnych.

M i a ż d ż y c ę t ę t n i c stwierdzono u 39 m., 41 k. (razem w 80 przyp.). Z następstw, powikłań i różnych postaci miażdżycy stwierdzono: zwężenie tęt. głów. w 1 przyp.; dusznicę (*ang. pectoris*) w 3 przyp.; przerost lewéj komory serca w 11 przyp.; zator mózgowy w 4 przyp.; arytmiję tętna w 7 przyp. Prócz tego stwierdzono ze zboczeń w narządzie krążenia raz zapalenie żył, raz żylaki a 4 razy buczenie bardzo wyraźne nad żyłami szyjnemi jako objaw znacznéj niedokrewności.

Z a p a l e n i e o s i e r d z i a i to w postaci „*Pericarditis sicca*“ stwierdzono w 6 przypadkach.

Bardzo ważną następową zmianę nieżytu oskrzelowego

i rozedmy płucowéj są zmiany w wątrobie i to w postaci przekrwienia biernego wątroby z następowemi zmianami, jako to: zanik wątroby muszkatełowéj ze stłuszczeniem lub bez tegoż. W naszych przypadkach stwierdzono te zmiany u 30 m. 15 k. razem w 45 p.

Obrzęk śledziony zauważyliśmy w 36 przypadkach (m. 19 k. 17). Byłyto bez wyjątku obrzęki pozimnicze, które napotykamy bardzo często jako powikłanie rozmaitych chorób tak ostrych jak i przewlekłych, nie można jednak powiedzieć, aby zakażenie zimnicze więcéj usposobiało do nieżytów oskrzelowych niż każda inna zmiana upośledzająca odżywienie w ogóle.

Białkomocz stwierdzono w 43 p. (23 m. 20 k.). W 1 p. był on objawem zapalenia pęcherza, w 2 p. zapalenia miedniczek nerkowych, w zapaleniu nerek, zresztą objawem nerki zastoinowéj z zanikiem następowym (starczym) lub bez tegoż.

Opuchlinę ogólną jako następstwo długotrwałego rozległego nieżytu oskrzelowego stwierdzono w 40 p. (22 m. 18 k.). Z tych w 15 p. tylko opuchlinę odnóg dolnych (8 m. 7 k.).

Nieżyt kiszek i żołądka zastoinowy zanotowano w 77 przypadkach (42 m. 35 k.). Zauważyć należy, że objawem tego nieżytu było w przeważnéj liczbie przypadków zaparcie stolca, a tylko w 4 p. biegunka.

Znacznego stopnia niedokrewność jako wikłającą, a w znacznym stopniu i usposobiającą do nieżytów oskrzelowych zauważono w 68 p. (m. 38 k. 30); z tych u jednego mężczyzny bardzo ciężką niedokrewność (*anaemia gravis*).

Sinicę jako następstwo długotrwalego nieżytu z rozedmą płucową zanotowano w 14 p. (6 m. 8 k.), które wszystkie zakończyły się niepomyślnie.

Z mniéj ważnych, a po większéj części przypadkowo występujących, powikłań notujemy następujące:

Stosunkowo dosyć często (w 28 p.) zauważano bóle, które pochodziły z towarzyszącego nieżytowi oskrzelowemu przekrwienia opłucny bez zmian zapalnych wybadać się dających (*Pleurodynia*). Bóle mięśniowe znaleziono w 18 p. jako bóle międzyżebrowe, lędźwiowe i t. p. Bóle gośćcowe w stawach przydarzyły się tylko w 6 p.

Co do nerwobólów zanotowano raz nerwoból kulszowy, a raz ból głowy bez dającéj się wyśledzić przyczyny.

W narządzie ruchowym zanotowano u 2 chorych zapalenie przewlekłe okostny (*Periostitis tibiae*), a u 3 skrzywienie stosu kręgowego.

W 15 przyp. (4 m. 11 k.) były bardzo wyraźne cechy uwiądu starczego, t. j. obok zmian starczych w narządzie krążenia i oddychania bardzo podupadłe odżywianie i zmiany zanikowe w narządach wewnętrznych wątroby, nerek itd.

Bardzo rzadko spotykaliśmy w naszych przypadkach zmiany w narządach wewnętrznych i objawy czynnościowe i podmiotowe, dające się odnieść do nadużywania napojów wyskokowych; w 8 przyp. zanotowano trzęsienie wybitne (*tremor*). Fakt ten zaznaczamy tu z naciskiem nie pozwalając sobie żadnych wniosków aż dopiero po porównaniu go z innemi chorobami, które występują na podstawie alkoholizmu, albo co do których stan ten usposabia wprost albo pośrednio.

Stosunkowo dosyć częstém zboczeniem będącém w związku przyczynowym z nieżytem oskrzelowym i rozedmą płucową, zwłaszcza w puchlinie już występującéj, były wrzody na podudziach (*ulcera cruris varicosa*), które obserwowano w 28 p. (m. k. 18) i odleżyny (*decubitus*) w 8 p. (4 m. 4 k.). Do tego rodzaju następstw i komplikacyi zaliczyć należy przepuklinę (*Hernia inguinalis*), którą zauważono w 10 p. (m. 5 k. 5), rozstąpienie się mięśni (*diastasis muscul. abd.*) u 2 kob.

Z mniéj zwykłych powikłań nieżytu oskrzelowego wymienić należy w 1 p. zapalenie ucha środkowego, w 2 p. jaglicę spojówek, w 6 p. zanik gałki ocznéj, w 1 p. kiłę w późnym okresie, w 1 przyp. przewlekło zapalenie języka, w 1 p. padaczkę, bladnicę i obrzęk gruczołów, zapalenie śródmaciczne, opadnięcie pochwy, utrudnione miesiączkowanie, w 2 p. brak miesiączki a w 3 nieżyt pochwy. W 1 przyp. towarzyszyła nieżytowi oskrzelowemu ciąża, w 1 przyp. poronienie, w 1 p. zastój pokarmu.

Do tych szczegółów statystycznych dołączamy krótki opis przebiegu i wynik badania pośmiertnego tych przypadków, które zakończyły się niepomyślnie, a których sekcyję mogliśmy wykonać. W uwagach, jakie nam się przy téj sposobności nastręczą, trzymać się będziemy tylko tego porządku, jakiego wymagać będzie kazuistyczne przedstawienie spostrzeganych przypadków. Przytaczając szczegółowe rozpoznanie anatomiczne i przyznając się wszędzie do błędów rozpoznawczych przedewszystkiém omawiać będziemy zmiany następowe, wikłające lub towarzyszące nieżytowi oskrzelowemu. W przedstawieniu wyników sekcyi trzymać się będziemy dosłownie protokółów sekcyjnych Zakładu anat.-patologicznego, w którym sekcyje wykonywane były przez prof. Browicza lub jego asystentów. Wszędzie będziemy się starać o porównywanie objawów spostrzeganych za życia ze zmianami pośmiertnemi i oceniać związek, jaki między niemi zachodził, osobliwie co do chorób towarzyszących, gdyż zestawienie takie uważamy jako pożądane pod względem rozpoznawczym. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Sommerbrodt: **O wpływie wspinania się po górach na serce i naczynia.**

Prof. Oertel w podręczniku swym „terapii ogólnéj zaburzeń w krążeniu“ zestawił wyniki swych badań, otrzymane przy pomocy sfigmografu Sommerbrodta w następujących zdaniach: 1) Z powiększeniem się parcia krwi śród wspinania się na góry występuje rozszerzenie naczyń, skutkiem podrażnienia nerwów obniżających parcie krwi (*n. depressor cordis*), z czego wynika zmniejszenie się napięcia tętnic i zwiększenie ilości krwi w układzie tętniczym. 2) Najenergiczniejsze i najliczniejsze skurcze serca odpowiednio do stanu siły tegoż mięśnia osiągnąć można przez wspinanie się po górach. 3) W obec rozszerzenia i większego wypełnienia tętnic oddaje ustrój więcéj ciepła. 4) Wspomniane zmiany w krążeniu utrzymują się nawet przez kilka godzin. 5) Najistotniejszą przyczyną owych zmian jest ruch. Przyspieszenie prądu krwi, a mianowicie silniejszy przypływ krwi żylnéj do serca prawego i wywolane skutkiem tego podwyższenie się parcia krwi podczas wspinania się sprowadzają podrażnienie ośrodków naczynioruchowych. Podrażnienie to przenosi się na nerwy obniżające parcie krwi, skutkiem czego rozszerza się łożysko krwi i obniża się parcie ościenne.

Prof. Sommerbrodt doszedł natomiast już przed 3ma laty do następujących wyników: 1) Każde powiększenie się

parcia wewnątrz oskrzeli (np. skutkiem głośnego mówienia, śpiewania, głębokiego i przyspieszonego oddechania, a więc skutkiem biegania i wspinania się po górach — itd.) drażni nerwy czuciowe płuc. To podrażnienie działając odruchowo: *a*) na nerwy naczynioruchowe, zmniejsza napięcie tętnic, rozszerza łożysko naczyń krwionośnych i obniża parcie krwi— a *b*) działając tamująco na nerwy tamujące ruchy serca przyspiesza tętno. 2) Skutkiem odruchowego rozszerzenia się naczyń obwodowych zwiększa się oddawanie ciepła, które działać może regulująco na zwiększone wytwarzanie ciepła wewnątrz ustroju. 3) Wpływ podwyższonego parcia wewnątrzoskrzelowego utrzymuje się przez dłuższy lub krótszy czas.

Różnica między wynikami Oertla a wynikami Sommerbrodta polega tylko na tém, że podczas gdy pierwszy odnosi wspomniane zmiany w krążeniu do podwyższenia się parcia krwi, uważa Sommerbrodt podwyższone parcie wewnątrz oskrzeli jako przyczynę tych zmian. Wychodząc bowiem z założenia, że każdy czynnik, który zmniejsza ilość tlenu, a zwiększa ilość kwasu węglowego w krwi przepływającéj przez ośrodki oddechowe, działa w ten sposób na też ośrodki, że oddech staje się szybszym i głębszym, sądzi, że każda w ogólności czynność mięśniowa (bieganie, wspinanie się po górach, gimnastyka, pływanie) nie tylko przyspiesza oddech, ale także czyni poszczególne oddechy głębszemi tak, że skutkiem tego podwyższa się parcie wewnątrzoskrzelowe.

Oertel czuł się upoważnionym do odrzucenia powyższego tłumaczenia Sommerbrodta na podstawie swych kontrolujących doświadczeń. Tymczasem S. wykazuje, że metoda Oertla w celu wywołania podwyższonego parcia wewnątrz oskrzeli nie jest wolną od zarzutu. Oertel badał tętno po 25—200 głębokich oddechach; S. zaś udowodnił, że do podwyższenia parcia wewnątrzoskrzelowego nie wystarcza samo głębokie oddychanie, lecz oddechy muszą być zarazem przyspieszone, a mianowicie w 5 sekundach należy wykonać 4 lub 5 możliwie głębokich wdechów i wydechów o równéj długości. Wśród tych warunków można zdaniem S. stwierdzić zawsze u każdego człowieka, u którego naczynia nie są miażdżycowo zwyrodniałe, że ściany tętnic wiotczeją, a czynność serca się przyspiesza. Jeżeli więc 4 szybkie i głębokie oddechy wywierają tak silny wpływ na naczynia i serce, to nic w tém dziwnego, sądzi S., że wspinanie się po górach, połączone koniecznie z tak znaczném podwyższeniem się parcia wewnątrz oskrzeli, sprowadza te same następstwa, nieznikające nawet po kilkugodzinnym wypoczynku. Właśnie ta ostatnia okoliczność wskazuje, że tu odgrywają główną rolę sprawy nerwowe, a nie mechaniczne. Gdyby bowiem sam ruch był przyczyną przyspieszenia prądu krwi, to w chwili wypoczynku powinnyby wkrótce wrócić prawidłowe stosunki krążenia. Tymczasem przyspieszenie prądu krwi trwa kilka godzin mimo spoczynku. Okres ten jest bardzo ważnym. Wtedyto bowiem nabierają znużone mięśnie świeżych sił — z jednéj strony przez przyspieszony przypływ materyjału odżywczego, a z drugiéj strony przez przyspieszony odpływ produktów rozpadowych. Zarazem w obec przyspieszonego krążenia odbywa się tém bezpieczniéj regulacyja ciepła, które w większéj ilości wytworzoném zostało w czasie wytężonéj pracy mięśniowéj. U osób, które wspinając się po górach niosą znaczny ciężar na plecach, u których więc, skutkiem tego, utrudnione są ruchy klatki piersiowéj, nie przychodzi do podwyższenia się parcia wewnątrzoskrzelowego. Oddechanie bowiem jest wprawdzie przyspieszone, ale powierzchowne. W tych przypadkach podwyższone parcie krwi nie zostaje kompenzowaném przez odpowiednie rozszerzenie się łożyska, a serce musi więcéj pracować. To téż np. u żołnierzy, ciężko obładowanych, wykonywających uciążliwe marsze, przychodzi często do rozszerzenia i przerostu serca.

Wspinanie się po górach jest nie tylko gimnastyką dla serca, ale także dla naczyń, a energiczna i częsta zmiana w napięciu ściany naczyniowéj chronić może najpewniéj tętnice od zwyrodnienia miażdżycowego. Rozumie się, że dla osób z istniejącą już miażdżycą naczyń grozi wspinanie się po górach niebezpieczeństwem, gdyż sztywne naczynia, nie mogąc się już dostatecznie rozszerzyć, — nie zdołają obniżyć parcia krwi, a serce z tego powodu więcéj pracować musi. (*Berl. klin. Wochenschrift.* 1885 Nr. 19). *Dr. Prus.*

Thomsen: O chorobie Thomsena.

W celu uzupełnienia pracy prof. Bernhardta o chorobie Thomsena przesłał temuż Dr. Thomsen list, w którym podaje wiadomość o bliższych szczegółach dotyczących choroby szerzącéj się wśród jego rodziny. Przypadki opisane przez Bernhardta różnią się tylko tém od przypadków skreślonych najprzód przez Thomsena, że zawieranie małżeństw między krewnymi przyczyniło się do tém uporczywszego odziedziczania choroby. Jakkolwiek w rodzinie Thomsenowskiéj nie zawierano małżeństw w pokrewieństwie, mimo to wspomina Thomsen, szerzy się choroba już przez 5 pokoleń z różném natężeniem. U członków rodziny Thomsena najmniéj cierpią mięśnie rąk. Najstarszy syn Dra Thomsena, lat 34 liczący, posiada nadzwyczaj silnie rozwinięte mięśnie zwłaszcza na odnogach dolnych i odznacza się olbrzymią siłą. Zmuszony, jako aptekarz, od młodości do ćwiczenia swych mięśni śród wykonywania różnych ruchów zwłaszcza rękami, cieszy się téż większą swobodą swych ruchów niż dwaj jego bracia. Syn najstarszy aptekarza, mający $6^1/_2$ lat, zdaje się być zupełnie wolnym od choroby w mowie będącéj; gdy tymczasem córeczka 4-letnia zdradza już pierwsze objawy chorobowe. Dr. Thomsen przypomina sobie dokładnie, że już w 4ym roku życia zauważył u siebie pierwsze oznaki sztywności, a mianowicie po lewéj stronie ciała, po któréj nawet obecnie (liczy lat 70) w wyższym stopniu się utrzymują. Podobnież siostra jego doznawała po lewéj stronie większéj sztywności w ruchach. Thomsen sądzi, że przyczyną częstszego pojawiania się choroby po lewéj stronie ciała jest mniejsze zazwyczaj ćwiczenie i używanie mięśni strony lewéj. Wspólną cechą wszystkich dotkniętych chorobą Thomsena jest obawa przed zdradzeniem się ze swém cierpieniem. Żadna siła woli nie jest w stanie przewalczyć sztywności, potęgującéj się pod wpływem psychicznym. W celu zamaskowania swego cierpienia wykonywają chorzy różne, nawet śmieszne i niezgrabne ruchy, np. przy wysiadaniu z powozu rzucają nogami jak najsilniéj, aby tylko pokryć występującą w takich razach sztywność. W końcu nadmienia Thomsen, że cierpienie zagnieżdżone w jego rodzinie oddziaływa także niepoślednio na umysł obarczonych tą chorobą, zmuszając ich do ciągłego ukrywania się i stronienia przed światem. (*Centralblatt für Nervenheilkunde u. Psychiatr.*, 1885, Nr. 9). *Dr, Prus.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω **Wstrzykiwania podskórne kofeinu.** Dr. Huchard poleca obecnie wstrzykiwania podskórne tego środka. Mają one wyższość nad wstrzykiwaniami eteru z następujących względów: naprzód

bolesność po wstrzyknięciu jest znacznie mniejsza, powtóre wstrzykiwania te nie mają żadnych ubocznych skutków i stosować je téż można we wszystkich chorobach. Dr. Tauret przepisuje następujące płyny kofeinu do wstrzykiwań:

Rp. Natri benzoici 2·95,
Cofeini . . 2·50,
Aq. destillatae 6·00.
S. Suo nomine.

Każdy centymetr sz. tego płynu zawiera 25 centigr. kofeinu. Lub téż można w podobny sposób przepisać kofein w połączeniu z kwasem salicylowym np.

Rp. Natrii salicylici 3·10
Cofeini . . . 4·00
Aq. destillatae 6·00
Solve sub leni calore. S. Suo nomine.

Według więc tego przepisu każdy centymetr sz. płynu zawiera 40 centigr. kofeinu. (*Repertoire de pharmacie*).

Ω **Leczenie cholery.** G. Rigoletti podaje nowy sposób postępowania leczniczego w *stadium algidum* cholery. Zdaniem autora zadaniem leczenia w tym okresie cholery jest raz przywrócić normalną zawartość wody w krwi i tkankach, powtóre wzmocnić czynność serca i podnieść pobudliwość nerwów. Wskazania te wypełnia przez stosowanie 15—25-minutowych kąpieli o ciepłocie 38—40°C., do których dodaje się 1 litr amoniaku i 10kgr. popiołu drzewnego. Wannę pokrywa się suknem, aby przeszkodzić ulatnianiu się amoniaku i draźnieniu tym sposobem dróg oddechowych. Autor stosował to leczenie z bardzo dobrym wynikiem w ciągu zeszłorocznéj cholery w szpitalu wojskowym w Neapolu. Nawet w tych przypadkach, w których podskórne wstrzykiwania cieczy akalicznéj (Cantani) lub rozczynów soli kuchennéj do żył (Hayem) zawodziło, miał autor niejednokrotnie zwalczyć chorobę swoją metodą. (*Journ. de Méd. de Paris* 1885).

Ω **Działanie lecznicze terpiny.** R. Lépine przekonał się, że terpina (kamfora terpentynowa), ciało krystaliczne, w wodzie rozpuszczalne, posiada te same własności lecznicze co olejek terpentynowy, tylko działa silniéj a ma smak przyjemniejszy. Środek ten stosuje się w rozczynie wodnym, do którego dodano trochę wyskoku. Dawki 20 do 60ctgr. na dzień bardzo wybitnie zwiększają wydzielanie błony śluzowéj oskrzeli i ułatwiają wykrztuszanie. Dla tego wszyscy bez wyjątku pacyjenci z nieżytem przyostrym lub przewlekłym oskrzeli uwielbiali ten środek. — Większe dawki terpiny zmniejszać mają wydzielanie śluzu. W tym względzie jednak autor zastrzega sobie ogłoszenie wyniku dalszych doświadczeń. W dawce do 50 cgrm. dziennie stosował autor terpinę z dobrym skutkiem jako diureticum w zapaleniu nerek przewlekłém. Ujemną stroną leku jest, że u osób drażliwych powstają lekkie nudności a niekiedy rozwolnienie, ale dopiero po dawkach większych. Ubocznemu temu działaniu zapobiega zupełnie połączenie terpiny z makowcem i środkami ściągającemi. (*Révue de Médecine*).

Ω Dotąd zbywało na wyczerpującéj pracy **o gonokokach.** Dr. Ernest Brunn, asystent kliniki położniczéj w Würzburgu, ogłosił w bieżącym roku ładną monografiję: *Der Micro-Organismus der gonorrhoischen Schleimhaut-Erkrankungen „Gonococcus-Neisser“*. Str. 146, tabl. 4. Autor zebrał w pracy téj wszystko z dotychczasowéj literatury i na podstawie kilkoletnich własnych doświadczeń, naprzód jako asystent kliniki syfilitycznéj, obecnie jako asystent kliniki ginekologicznéj, doszedł do wyników następujących: 1) Postać dwoinowa, którą Neisser uważa za cechującą gonokoki, nie jest wyłączną własnością tych ostatnich. Również dotychczasowe metody barwienia, jakotéż mierzenie wielkości koków, nie są wystarczającemi dla odróżnienia gonokoków od innych grzybków chorobowych lub obojętnych. 2) Charakterystyczném zaś jest i wyłączną właściwością gonokoków, że one wciskają się w pierwoszcza komórek, rozmnażają się w niéj, sprawiając owe ziarniste wejrzenie pierwoszczy około jąderka komórki. 3) Gonokoki znajdują się w każdéj wydzielinie rzeżączkowéj, jeżeli tylko nie użyto poprzednio środków dezinfekcyjnych w celu leczenia choroby. 4) Wydzielina błony śluzowéj niezawierająca gonokoków, nie jest zaraźliwą dla zdrowéj błony śluzowéj. 5) Wydzielina zawierająca gonokoki wywołuje nawet w minimalnéj ilości zapalenie rzeżączkowe dotkniętéj, zdrowéj błony śluzowéj.

Ω Dr. Moigret rozbiera działanie fizyjologiczne **kreozotu.** Zdaniem jego kreozot jest ciałem żrącém, które wprowadzone do ustroju, wydziela się głównie przez płuca. Kreozot nie ma żadnego wpływu na odżywianie: działa li tylko miejscowo na błonę śluzową narządów oddechowych. Najodpowiedniejszą porą do użycia kreozotu jest okres suchot płucnych, w którym rozpoczyna się rozpad gruzełków, a nie ma jeszcze objawów zapalnych. Zmniejsza wydzielanie się śluzu, łagodzi kaszel, a przytém wpływa także na złagodzenie potów. Ilość moczu zwiększa się, odżywianie, skutkiem podniecenia łaknienia, wzmaga się. Sprowadza rozpad białych ciałek krwi. Najlepiéj stosować kreozot podskórnie według metody Castela. Jako *corrigens* najlepiéj użyć peptonu. Mięszanina z peptonem łagodzi znacznie własności żrące kreozotu, wstrzykiwania téż podskórne znacznie mniéj są bolesne. Na jednę dawkę dzienną używa się do podskórnego wstrzykiwania 15 do 20 centigramów kreozotu peptonizowanego. Jeżeli wstrzykiwanie robi się dostatecznie głęboko w tkankę podskórną, ból jest bardzo małym. (*Thèse de Paris*, 1884). — Tercinet radzi przyrządzać powyższy rozczyn kreozotu w sposób następujący: Równe części kreozotu i peptonu rozpuszcza się na ciepło w glicerynie w stosunku dowolnym, oziębia i przesącza, do przesączu czystego dodać można 15 do 20cgm. morfinu na 100 grm. płynu dla złagodzenia bólu.

Ω **Piscidia erythrina.** *Cortex Piscidiae erythrinae* z rodziny *Leguminosae* już oddawna używana w Ameryce jako trutka na ryby, znalazła w ostatnich czasach zastosowanie lekarskie. Istoty chemicznéj właściwéj, skutek sprawiającéj, nie udało się dotąd otrzymać. Dr. Legay wykonał w Paryżu liczniejszy szereg doświadczeń i przyszedł do następujących wyników: 1) Kora z *Piscidia erythrina* najskuteczniejszą jest z Jamaiki. 2) Piscidia jest lekiem kojącym. 3) Wskazaną jest w bezsenności, wywołanéj jakimkolwiek bólem. 4) Wskazaną jest daléj w *delirium tremens*, jak również w niektórych postaciach łagodniejszych szału. 5) Bardzo skuteczną okazała się Piscidia przeciw bólom, towarzyszącym miesiączkowaniu, daléj przeciw wszelkim nerwicom. 6) Autor nie zauważył nigdy niemiłych objawów działania ubocznego. Jako najwłaściwszy sposób radzi użyć tego leku w postaci wyciągu lub nalewki wyskokowéj. Z wyciągu podaje się przeciętnie 3 do 6 grm. dziennie, z nalewki 40 do 50 kropli na dzień dorosłemu człowiekowi. (*Thèse*, novemb. 1884).

(Gr.) **Rozpoznawanie raka.** Freund, student medycyny w Uniwersytecie wiedeńskim, opisał sposób rozpoznawania raka w każdym okresie rozwoju przy pomocy nie wielu środków chemicznych. Twierdzi on, iż w krwi osób chorych na raka istnieje istota dająca się odkwasić, zdaniem jego cukier, a krew dotkniętych mięsakiem zawierać ma niezwykłą ilość peptonu. W przypadkach raka wykluczano cukrzycę, tak jak białaczkę w przypadkach mięsaka. W obu chorobach małą tylko ilość krwi należy poddać badaniu. W 62 przypadkach raka po usunięciu białkowatych połączeń za pomocą półtora chlorku żelaza i kwasu

azotowego znaleziono w 0·3sz.cm. krwi istotę, którą odkwaszał wybitnie rozczyn Fehlinga. W 8 przypadkach zagotowywano krew na parę minut z rozcieńczonym kwasem solnym a wykazywano przez to glykogen jako taki. Po wycięciu raka cukier w krwi znikał, w jednym tylko przypadku utrzymywał się a w tym przypadku choroba powróciła. W 15 przypadkach mięsaka po usunięciu białkowatych połączeń można było wyraźnie wykazać pepton. *Lancet*, 1885, I, 14).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 6 maja 1885 r.

Przewodniczący Wiceprezes kol. Wiszniewski. Członków obecnych 20.

Jako goście: Drowie Bossowski z Krakowa i Łucki z Oświęcimia

1) Dr. Bossowski mówił o metodach badania i hodowania bąkteryj jako też o związku tych ostatnich z chorobami zakaźnemi (Wykład ogłoszony w Przeglądzie Lek.).

2) Kol. Mikulicz okazał włókna drzewne, które w wielu razach gąbkę zastąpić mogą.

3) Kol. Prus mówił i okazał pod drobnowidem komórki zwojowe odkryte przez siebie w skórze. *Dr. Dobruchowski.*

Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 17 maja 1885 r.

Dr. Bossowski przedstawił szereg przyrządów używanych do prac bakteryjologicznych. Objaśniwszy pokrótce budowę i sposób zastósowania pieców wylęgowych, przyrządów służących do sterylizowania naczyń i wszelkich materyjałów, wchodzących w skład hodowli, jużto za pośrednictwem suchego ciepła, już téż przy pomocy par, demonstrował następnie różne formy hodowli w rurkach odczynnikowych, na płytach szklanych i na przekrojach ziemniaków. Nawiązując rzecz do poprzedniego swego wykładu okazał w dalszym ciągu pod mikroskopem szczególne rodzaje organizmów chorobotwórczych. *Dr. Dobruchowski.*

Posiedzenie z dnia 27 maja 1885 r.

Przewodniczący kol. prof. Rosner. Członków obecnych 9.

1) Kol. Obaliński przedstawił: 1) przyrząd do chloroformowania, swojego pomysłu, mający tę zaletę, iż płyn nie dostaje się do skóry twarzy, daléj iż wygodnym jest do noszenia i przewożenia z powodu, iż się dają spłaszczyć kabłąki przypadające na nos i usta. — 2) Katetery dające się rozłożyć tak, iż całe wnętrze kateteru dokładnie widzieć można, a więc i wyczyszczenie może być dokładne.

2) Kol. Jan Rosner opowiedział przypadek porodu powikłanego torbielem wielokomorowym jajnika.

W dyskusyi zabiera głos kol. Kohn przypominając ścieśnienia i przeszkody porodowe u rakowatych. Kol. Rosner podaje, że trzymał się ściśle danego przypadku — i nie nadmieniał o żadnych innych przeszkodach, których oprócz raka jest jeszcze więcéj, a do których i kamienie pęcherzowe zaliczyćby należało.

3) Przewodniczący odczytał list Dr. Rogowicza, donoszący o jubileuszu prof. Tyrchowskiego w d. 30 maja obchodzić się mającym. — Uchwalono jednogłośnie wysłać telegram z życzeniami. *Dr. Dobruchowski.*

V. W sprawie niewidomych.

W Nrze 10ym *Kuryjera Rzeszowskiego* z d. 24 maja r. b. spotykamy się z artykułem wstępnym, napisanym przez tamtejszego lekarza powiatowego, Dra Barzyckiego, pod napisem „Ze statystyki sanitarnéj. O ociemniałych". W artykule tym, napisanym z wielką znajomością rzeczy, autor dowodzi, że według wykazów urzędowych znajduje się w państwie austryjackiém 15,045 ciemnych, nie umieszczonych w zakładach, z których na Galicyję przypada 4551, a na sam powiat rzeszowski 140, który to powiat pomiędzy wszystkiemi powiatami państwa austr. najwięcéj liczy ciemnych. Dr. B., zbadawszy tych 140, przekonał się, że pomiędzy nimi znajduje się 25—40 niezdolnych do zarobku, którym jednak przez operacyję możnaby przywrócić wzrok, a tém samém zdolność do zarobkowania. Przypuszczając, że ten sam stosunek zachodzi we wszystkich powiatach galicyjskich, że więc na 4551 ciemnych jest 1138 uleczných, a obliczając nader skromnie wartość pracy jednostki na 25 ct. dziennie, dochodzi do wniosku, że pomijając już względy humanitarne, co najmniéj 100,000 zła. marnieje rok rocznie jako równoważnik siły roboczéj, a natomiast przeszło 1000 osób staje się ciężarem spółeczeństwa. Już więc sam wzgląd ekonomiczny zmusza do zastanowienia się nad usunięciem złego. Jako środki zaradcze zaleca Dr. B.: 1) przeznaczenie przez Wydział krajowy pewnéj kwoty na opędzenie kosztów operowania chorych uleczných i 2) ustanowienie nietylko we Lwowie i Krakowie, ale i w mniejszych miastach, gdzie istnieją szpitale powszechne, oddziałów okulistycznych i systemizowanie przy nich posad okulistów-operatorów, których obowiązkiem byłoby nadto objeżdżanie powiatów i wyszukiwanie chorych, do operacyi nadających się.

Już oddawna zamierzyliśmy poruszyć sprawę tę, naszém także zdaniem bardzo ważną i piekącą, zwłaszcza z powodu, o którym wspomnimy późniéj; nie uczyniliśmy tego atoli dotychczas dla braku dat urzędowych. Wdzięczni przeto jesteśmy p. Drowi Barzyckiemu za wyręczenie nas w téj mierze i żywimy przekonanie, że przez to zaskarbił sobie uznanie wszystkich obywateli, o dobro kraju dbałych. Zgodzilibyśmy się także na środki zaradcze, przez niego zalecone, gdybyśmy widzieli możność ich urzeczywistnienia. Obawiamy się atoli, że Dr. B. zbyt różowo zapatruje się na sprawę, jeżeli przypuszcza, że wątłe siły finansowe biednego naszego kraju pozwolą na utworzenie oddziałów okulistycznych odrazu w Tarnowie, N. Sączu, Rzeszowie, Przemyślu, Stanisławowie i Tarnopolu, spuszczając z uwagi, że oddziału takiego nie ma dotąd w Krakowie. I w tym braku, naszém zdaniem, leży najbliższa przyczyna złego. Nie ma zapewne obecnie miasta w Europie cywilizowanéj, miasta liczącego blisko 70,000 dusz, a nie mającego obok licznych zakładów dobroczynnych oddziału dla chorych na oczy. Prawda, że Kraków posiada klinikę okulistyczną, i to zapewne było powodem, że dotąd nie pomyślano o urządzeniu oddziału szpitalnego dla chorych na oczy; aleź klinika z wielu przyczyn całkiem jasnych braku oddziału zastąpić nie zdoła. Klinika krakowska popierwsze jest szczupłą, mieści bowiem łóżek 24 i z tego powodu zawsze jest przepełnioną; powtóre klinika ma zadanie przeważnie dydaktyczne, musi więc uwzględniać przypadki budzące interes naukowy a nie może zbytecznie obarczać się przypadkami chorobowemi jednéj i téj saméj kategoryi; po trzecie — co najważniejsza — klinikę w lecie zamyka się blisko na 3 miesiące. Jeżeli w ciągu roku szkolnego chory zamiejscowy nieraz czekać musi kilkanaście dni, zanim uzyska miejsce w klinice, jeżeli więc w mieście obcém narażony jest na znaczną stratę czasu i pieniędzy, zanim pożądanéj doczeka się pomocy, to zaiste opłakania godném jest położenie chorego, który w miesiącach letnich przybywszy z daleka dowiaduje się, że o przyjęciu nie może być mowy, z powodu że klinika albo niezadługo zostanie albo już jest zamkniętą. Ileż to razy byliśmy świadkami rozdzierającéj serce rozpaczy nieszczęśliwych, którzy z wysileniem nadzwyczajném zdobyli się na podróż do Krakowa i tu zamiast

pomocy otrzymali radę przybycia za 2 lub 3 miesiące, lub udania się do najbliższego oddziału okulistycznego — we Lwowie, albo w Bernie morawskiém. Mniejsza jeszcze o to, gdyby się w takich razach rozchodziło tylko o zawód materyjalny, ale czy jaskra, obrażenia i inne cierpienia oczne niewymagają szybkiéj, czasem natychmiastowéj pomocy, zarówno w miesiącach letnich jak w innéj porze roku?

Temu niedostatkowi zaradzić trzeba koniecznie, wymagają tego święte względy ludzkości, nie mówiąc już o ekonomicznych, a zaradzić mu można z łatwością bez wielkiego wydatku przez urządzenie oddziału dla chorych na oczy w szpitalu św. Łazarza. Oddział ten byłby samoistnym, dopóki klinika okulistyczna mieścić się będzie w gmachu klinicznym; byłby on oddziałem rezerwowym po przeniesieniu kliniki na grunt szpitala św. Łazarza, co prędzéj lub późniéj nastąpi. W jednym i drugim razie wydatek na ten oddział byłby małoznacznym, ponieważ Wydział krajowy miałby w profesorze okulistyki gotowego prymaryjusza, a w stosunku służbowym profesora położnictwa, będącego zarazem prymaryjuszem oddziału, również gotowy wzór i precedens. Tym sposobem względnie najtańszym kosztem chorzy na oczy z Galicyi zachodniéj znaleźliby dostateczne pomieszczenie nietylko w ciągu roku szkolnego, ale i podczas wakacyj uniwersyteckich, a profesor mógłby wykonywać operacyje nietylko w oddziale szpitalnym, względnie rezerwowym, ale nierównie częściéj niż obecnie i w klinice, ponieważ, mając do swéj dyspozycyi oddział szpitalny, nie byłby zmuszony trzymać operowanych w klinice aż do zupełnego wyleczenia, na czémby zyskały cele tak dydaktyczne jak i humanitarne.

Sądzimy, że na razie oddział taki urządzony w Krakowie, czyniłby zadość potrzebie naglącéj, a gdyby się z czasem okazał niedostatecznym, wtedy utworzenie oddziałów przy szpitalach powszechnych miast mniejszych byłoby dopiero wskazaném, — jakkolwiek przeciw utworzeniu takowych w zasadzie nic nie mamy, gdyby fundusze krajowe na to pozwoliły; przedewszystkiém atoli z natury rzeczy oddział w Krakowie okazuje się jako najpotrzebniéjszy.

P. Dr. Barzycki słusznie zwraca uwagę, że lud nasz prosty nie jest bardzo pochopnym do korzystania z pomocy lekarskiéj i że nie jeden woli być kaleką, aby módz być żebrakiem. Temu nie zaradzi i badanie ciemnych na miejscu; nstytucyja okulistów wędrownych przeżyła się i nie ma racyi bytu wobec środków komunikacyjnych, w jakie obfituje już i Galicyja, z których, jak doświadczenie uczy, ludność wiejska korzysta chętnie i coraz chętniéj, aby się udawać o pomoc do klinik i szpitali krakowskich. Zresztą obecnie nie można zmuszać nikogo do operacyi, choćby pewnéj i dobroczynnéj. Pod tym względem wystarcza pouczenie przez lekarza powiatowego lub duszpasterza, a gdzie rada życzliwa, ojcowska, okazuje się płonną, tam zbywa na innym środku, celem skłonienia chorego lub kaleki do szukania pomocy. Wreszcie koszta jazdy również nie powinny tak dalece zaważyć na szali, bo zarządy kolei żelaznych skłonne są do koncesyj na rzecz rzeczywiście biednych chorych, a zapewne dałyby się uzyskać koncesyje jeszcze większe, gdyby nie jednostki lecz Władze autonomiczne o nie się ubiegały.

Bądź jak bądź należy koniecznie coś począć, bo niebezpieczeństwo wzmaga się z dniem każdym a piszemy się w zupełności na zdanie kol. Barzyckiego, że samo zapalenie ócz egipskie może już niezadługo tak groźne przybrać rozmiary, że oddziały okulistyczne okażą się nieodzownemi. Idziemy nawet daléj: wiadomo powszechnie, że w niektórych miasteczkach galicyjskich, nawet blisko Krakowa leżących a zamieszkałych przeważnie przez ludność starozakonną, zapalenie egipskie jest rzeczywistą plagą powszechną, od lat wielu zagnieżdżoną, a wśród wielkiéj nieczystości bujającą; znane są zgubne następstwa téj choroby, jeżeli się jéj nie leczy umiejętnie i wytrwale i na jéj karb kłaść należy sporą odsetkę kalectwa ocznego; plaga ta w niektórych miejscowościach już przybrała rozmiary groźne, a im dłużéj pozwalamy jéj srożyć się, tém większe trzeba będzie kiedyś ponieść ofiary celem doszczętnego jéj wytępienia. Tu nawet leczenie przymusowe byłoby wskazaném i usprawiedliwioném z powodu zaraźliwości choroby. *L. B.*

Korespondencyja z Pragi czeskiéj.

Letnie półrocze zwolna zbliża się ku końcowi, a początek przyszłego roku szkolnego dziś już zajmuje umysły członków naszego Wydziału lekarskiego: niezwykłe przepełnienie szkół średnich wzbudza obawę, że w przyszłym roku szkolnym wpisy na Wydział lekarski będą nadzwyczaj liczne, tak że stoimy przed kłopotliwém pytaniem, w jaki sposób wobec takiego nawału słuchaczów będą oni mogli wykształcić się na dzielnych lekarzy i zdobyć w przyszłości stosowne stanowiska? W Czechach, gdzie jak Wam wiadomo, w niektórych okolicach gimnazyja są przepełnione uczniami, panuje u ludu dziwne przekonanie, że *„studovati na pana“* jest najpomyślniejszym losem dla młodzieńca, bez względu na jego uzdolnienie; nawet ubodzy rodzice wytężają ostatnie siły, ażeby dzieci mogły uczęszczać do szkół średnich, a następnie do Uniwersytetu. Wynik tego stanu rzeczy jest ten, że w czeskim Wydziale lekarskim jest przeszło 200 słuchaczy na pierwszym roku; pomimo że stanowisko lekarza w Czechach nie jest świetném, a rocznie zaledwo 40 miejsc bywa do obsadzenia. W saméj Pradze, która z okolicą liczy 300.000 mieszkańców, mieszka 300 lekarzy dyplomowanych; w jakim stosunku liczba ta za kilka lat wzrośnie, dziś przewidzieć trudno; w każdym razie los lekarzy naszych i z innych względów nie jest pomyślny, gdyż w obec téj okoliczności, że każda gałęź medycyny posiada tylko jednę katedrę z szczupłém pomieszczeniem, zachodzi niemal niemożność doskonałego wykształcenia się słuchaczy w rękoczynach chirurgicznych, położniczych, okulistycznych, a nawet wyćwiczenia się w auskultacyi i perkusyi. Może po niejakim czasie rozwijające się zakłady przemysłowe polepszą ten stan rzeczy, ale obecnie ten wzgląd obaw naszych usunąć nie jest jeszcze w stanie.

W krótce rozpocznie u nas wychodzić nowe czasopismo poświęcone medycynie, w rodzaju waszego „Pamiętnika“, lub tak zwanych „Archiwów.“ Wydawanie tego czasopisma stanowi ważny etap w rozwoju naszéj literatury; doprowadzenie wydawnictwa do skutku przywołuje na myśl słowa Wirgiliusza: *„tantae molis erat“*: prywatny nakładca nie podjął się tego przedsiębiorstwa, towarzystwa naukowe funduszów znaczniejszych nie posiadają, samym lekarzom przypadło własnemi siłami zapewnić byt nowemu dziennikowi i drogą subskrypcyi zebrano kilka tysięcy złr. na pokrycie możebnego deficytu, co dało trwałe podstawy nowemu wydawnictwu, przynajmniéj na lat kilka. Redakcyję powierzono profesorowi Dr. Hlavie i docentowi Dr. Thomayerowi. Pierwszy numer tuszymy już w przyszłym miesiącu ujrzy światło boże; będziemy mieli sposobność przedstawić polskim kolegom no-

we czasopismo do osądzenia, a z serca pragniemy, ażeby wyrok wypadł podług życzeń naszych.

W krótce Pilzno odsłoni pamiątkową tablicę swemu ziomkowi, sławnemu Škodzie, który jak powszechnie wiadomo, pochodził z rodziny czeskiéj, (a na doktorskiéj rozprawie jego czytamy: „Josefus Škoda Čechus Pilsnensis;“ pomimo to powszechnie dziś wiadomo, że Škoda poczucie czeskie w sobie zatracił, a z usiłowaniami czeskiemi nie łączył się; nie wiemy jeszcze jaki charakter będzie nadany uroczystości pilzneńskiéj, lecz jesteśmy przeświadczeni, że nikt nie wystąpi z reklamacyją wielkiego mistrza dla narodowości czeskiéj. Sądzimy, że podobne reklamowanie byłoby bezpożytecznèm.

W ogóle naród czeski ma wiele trosk ze swymi synami: znaczny zastęp ludzi wybitnych, a nawet sławnych, w zawodzie lekarskim dał się owionąć mroźnemu wiatrowi kosmopolityzmu, który uczynił ich obcymi społeczeństwu i ziemi rodzinnéj. Wyznajemy, że nauka jest międzynarodowa a nawet kosmopolityczna, ale jednocześnie wiemy, że każdy naród przyczyniając się ze swéj strony do wzrostu wiedzy, przysparza przez to samo sobie chwały. W tym duchu, jak Wam wiadomo, przemówił na międzynarodowym Zjeździe w Kopenhadze Pasteur, a sądzę, że naród francuski nie jest zmuszany do tak skwapliwego czuwania w tym kierunku nad swymi synami. Niestety, narodowi czeskiemu sądzono nie jednego z swych synów grzebać nie obok mogiły ojca. Rzecz jasna, że wielkie i sławne czyny chociażby zostały dokonane przez wynarodowionych znajdą zawsze uznanie u nas, ale miłości dla tych, co go odstąpili, naród czeski żywić nie może. Gdybyż słowa te zwróciły na się uwagę wielu dziś żyjących uczonych naszych!

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ Międzynarodowa Konferencyja sanitarna w Rzymie. Na posiedzeniu Komisyi technicznéj d. 27 maja przyjęto wniosek delegowanego z Portugalii, iż konsulowie mają prawo znajdowania się przy oględzinach odpływających do ich krajów okrętów, które to oględziny na mocy układów dokonywane będą przez miejscowe władze portowe. Uchwalono też wniosek Prousta co do lekarzy nadzorujących, utrzymywanych kosztem Rządu. Zadaniem ich ma być czuwanie, aby na okręty przed dokonanèm ich oczyszczeniem towarów nie ładowano; aby podejrzanych pasażerów wykluczano; chorych winni lekarze ci przejąć a odwietrzenie pakunku zarządzić; postanowić środki ostrożności na przypadek wybuchu cholery na pokładzie. W końcu posiedzenia wybrano podkomisyję do badań dotyczących praktycznych środków odwietrzających. Dnia 29 maja uchwalono wniosek 1szego delegata austryjackiego, iż każdy okręt, przeznaczony do przewozu osób a wypływający z podejrzanego portu, posiadać winien odpowiednie miejsca odosobnienia dla chorych na cholerę. Również uchwalono jednogłośnie wniosek Prousta, odnoszący się do sposobu odosobniania chorych na cholerę na pokładzie. Następnie przyjęto wnioski podkomisyi dotyczące zarządzeń, jakie mają być zaprowadzone na Morzu Czerwonèm. Każdy okręt przybywający z dalekiego Wschodu ma być poddany lekarskim oględzinom po przybyciu na Morze Czerwone lub do kanału suezkiego. Gdy okręt jest zarażony, to pasażerowie po wylądowaniu poddani będą 5 dniowéj kwarantanie, okręt zaś dezinfekcyi. Chorzy winni być odosobnieni i pod opiekę lekarską oddani. Sprawę co do pielgrzymów do Mekki przekazano téjże podkomisyi, wzmocniwszy ją drugim delegatem indyjskim i delegatem tureckim. Dnia 30 maja odrzucono wniosek angielski, według którego parowce angielskie handlowe, pocztowe, do przewozu wojska przeznaczone itd. przepływające przez kanał suezki, nie przybijające atoli do brzegów, miałyby być od wszelkich oględzin wolne a uchwalono pierwotny wniosek Brouardela w następnéj postaci zmienionéj przez delegatów Rosyi, Niemiec i Holandyi. Wszystkie parowce przebywające cieśninę Babel-el-Mandeb a pochodzące z zarażonych portów, winny się poddać na Morzu Czerwonèm oględzinom przez lekarza portowego z ramienia międzynarodowéj władzy. Skoro lekarz okrętowy poświadczy, że przed podróżą i w ciągu jéj przeprowadzano odwietrzanie i nie stwierdzono przypadku cholery a lekarz portowy przekona się, że na pokładzie nie ma chorych na cholerę, ani podejrzanych, to okrętom takim zaraz dozwolonèm będzie dalsza styczność i podróż. Konferencyja sanitarna uchwaliła daléj nie bez opozycyi ze strony niektórych delegatów: Okręty, które do portów Morza Czerwonego pasażerów nie wysadzają, ulegają w Suez jednorazowym oględzinom, okręty z pasażerami do Egiptu dwukrotnym, raz w Babel-el-Mandeb, drugi raz w porcie przybycia. Podróżni z okrętów zarażonych bywają wysadzeni na brzeg, oddzieleni i poddani obserwacyi, któréj trwanie oznaczono na dni 5. Dnia 2 czerwca uchwaliła Komisyja techniczna na wniosek Prousta, że okręty towarowe pochodzące z krajów zarażonych winny mieć na pokładzie łaźnię parową do odwietrzania i uchwaliła wnioski podkomisyi dotyczące sposobów odwietrzania. Jako środki do odwietrzania zaproponowano: parę (100°), kwas fenylowy, chlorek wapna i przewietrzanie.

* **Cholera**. W hiszpańskiéj prowincyi Walencyi sprawdzono wybuch cholery azyjatyckiéj.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 17—23 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 47,6. Z płonicy umarło 5 (1 z. t.); z błonicy 3 (2 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry, 3 płonicy, 1 krztuśca. W tygodniu od 10—16 maja umarło w Londynie 45 ospy. Leczyło się na nią 1433, świeżo zapadło 221. W Wiedniu zachorowało na ospę 69, umarło 29. W Pradze umarło z ospy 1, w Tryjeście, Bazylei, Wenecyi po 2, w Paryżu i Aleksandryi po 3, w Petersburgu i Manchester po 4, w Odesie 6, w Rzymie 7, w Kalkucie 11. Z duru osutkowego umarło w Warszawie 2. Z cholery umarło w Kalkucie (od 29 marca do 4 kwietnia) osób 101, w Madrasie (od 28 marca do 4 kwietnia) 1, w Bombayu (od 8 do 14 kwietnia) 25.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 10—16 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,0; w Warszawie 31,5; w Poznaniu 27,5; w Wiedniu 35,1; w Pradze 32,1; w Tryjeście 25,3; w Berlinie 22,6; w Gdańsku 26,2; w Hamburgu 27,1; we Wrocławiu 27,5; w Mnichowie 33,5; w Dreźnie 25,4; w Lipsku 18,2; w Bazylei 18,9; w Brukseli 21,0; w Amsterdamie 23,0; w Hadze 21,3; w Paryżu 23,9; w Londynie 19,1; w Kopenhadze 17,6; w Stokholmie 24,7; w Chrystyjanii 19,1; w Petersburgu 31,7; w Odesie 28,4; w Rzymie 25,0; w Wenecyi 23,2; w Bukareszcie 28,3; w Aleksandryi 31,2; w Nowym Yorku 26,8; w Filadelfii 23,5; w Bombayu 27,8; w Madrasie 28,4. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 czerwca. Rektorem Uniw. Jagiell. na rok przyszły wybrany został profesor Wydziału filozoficznego Dr. Łepkowski.

* Szanowny nasz rodak i współpracownik Dr. Jabłonowski, wysłany został przez Rząd turecki do Persyi, celem badania na miejscu dżumy tam wybuchłéj.

* W porozumieniu z ministerstwem oświecenia ministerstwo spraw wewnętrznych orzekło, że palenie zwłok, nawet warunkowe, jest niedopuszczalnèm w Austryi.

* W Cieplicach czeskich do d. 8 b. m. było gości 1843, w Giesshüblu 40, a w Luhaczowicach do d. 1 b. m. 106.

* **Praga czeska** 8 czerwca. Na dzisiejszém posiedzeniu „Spolku lek. česk.“ miał doc. Dr. Bělohradský odczyt o śmiertelności miasta Pragi. Długiemi szeregami cyfr i uwzględnieniem stosunków socyjalnych Pragi różniących się znacznie do innych wielkich miast udowodnił prelegent, że śmiertelność Pragi tak wielka w porównaniu z innemi miastami ma swoje przyczyny właśnie w tych sobie właściwych stosunkach socyjalnych. *Dr. Obrzut.*

W Pilznie, miejscu urodzenia Škody, odbędzie się d. 26 lipca rb. odsłonięcie uroczyste tablicy pamiątkowéj na cześć wielkiego dyjagnostyka. Urządzeniem uroczystości zajmuje się

prof. Maixner; na nią zaproszone zostaną wszystkie Uniwersytety austryjackie, a w szczególności proff. Albert i Schrötter mają reprezentować Wszechnicę wiedeńską.

* **Wiedeń.** W miejsce Dra Haukego Dr. Hugon Gnändinger mianowany został prymaryjuszem kierującym szpitalem dzieci Arcyksięcia Rudolfa. — Prof. astronomii Dr. med. Teodor Oppolzer (syn wielkiego klinicysty) otrzymał tytuł i charakter radzcy dworu.

* **Budapeszt.** Dziekanem Wydziału lekarskiego na rok przyszły wybrany został prof. Koloman Bàlogh, a dyrektorem szpitala żydowskiego w miejsce zmarłego Rózsaya Dr. Julijusz Böke. Rożsay zapisał 27,000 zła. na cele naukowe i humanitarne.

* Minister Oświecenia Trefort wybrany został prezydentem węgierskiéj Akademii Umiejętności.

* **Monachium.** D. 25 maja odbył się tu 1szy Zjazd otyjatrów południowo-niemieckich i szwajcarskich pod przewodnictwem docenta Bezolda.

(W.) **Rosyja. Moskwa.** Książęta Szczerbatowy ofiarowali tu dom z ogrodem wartości 350.000 rubli na szpital. — **Petersburg.** Docent prywatny L. J. Tumas, mianowany został płatnym Docentem epidemijologii i statystyki lekarskiéj przy katedrze patologii i terapii szczegółowéj. Dr. Rapczewski i Czernow mianowani zostali docentami chorób wewnętrznych.— **Kijów.** Zdarzył się w tutejszym Uniwersytecie fakt następujący: Prowizor Bil w mowie wstępnéj przed obroną dysertacyi na stopień magistra farmacyi oświadczył: „Chociaż znaną mi jest niechęć ku mnie Wydziału lekarskiego i wiem, że w tym Uniwersytecie nie otrzymam stopnia magistra, przyjechałem jednak bronić dysertacyi, żeby dowieść, że znam swoją rzecz“. Naturalnie dysputa została przerwaną, i po naradzie fakultetu dziekan prof. Subbotin oznajmił, że w skutek napaści, jakiéj się dopuścił Bil, dysputa tylko w takim razie może mieć miejsce, jeżeli Bil przeprosi Wydział, czego jednak ostatni nie uczynił. — „*Wołżki Wiestnik*“ donosi, że lekarz okręgowy Myszkin otrzymał dymisyję za to, że przyjmował udział w przedstawieniu amatorskiém. — Sąd okręgowy w Tyflisie skazał na 4 lata robót ciężkich księcia Sumbatowa za zabójstwo, pomimo orzeczenia 6 psychijatrów, że podczas czynu swego był w stanie niepoczytnym.— Korespondent „*Now. Wremieni*“ podaje przykład lekceważenia, z jakiém niektórzy prokuratorowie pozwalają sobie postępować z lekarzami znawcami: W Charkowie sądzono sprawę niejakiego Bogdanowicza, który podczas snu wziął swoją kucharkę za złodzieja i zabił ją z rewolweru. Prof. psychijatryi Kowalewski, jako znawca dowiódł, że oskarżony w chwili czynu znajdował się w stanie „upojenia sennego“. Tow. prokuratora Pokrowski zaczął swoją mowę od słów: „Słyszeliście konkluzyję p. Kowalewskiego, wypowiedzianą bardzo pompatycznie, ale wcale nie zasługującą na uwagę“. Przewodniczący przypomniał prokuratorowi, że prof. Kowalewski nie jest obrońcą, tylko znawcą i dla tego nie może odpowiadać prokuratorowi“.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Prosektor przy anatomii opisowéj Dr. Rabl przedstawiony został do nominacyi na prof. nadzw. — Asystent prof. Spätha Dr. Ehrendorfer habilitował się jako docent ginekologii i położnictwa. — **Praga czeska.** Wydział krajowy wyznaczył komisyję, mającą zastanowić się nad urządzeniem kliniki psychijatrycznéj czeskiéj w zakładzie krajowym dla obłąkanych. — **Budapeszt.** Dr. Angyan habilitował się jako docent chorób wewnętrznych. — **Berlin.** Nominacyja Gerhardta ma nastąpić niebawem; obejmie on klinikę Leydena, któremu dostanie się za to klinika Frerichsa. — Prof. nadzw. Gurlt otrzymał tytuł tajnego radzcy lek. — **Giessen.** Docent otyjatryi Steinbrügge z Heidelberga przeniósł się do Giessen. — **Hala.** Prof. Volkmann otrzymał szlachectwo pruskie.

* **Nekrologija.** W Bregencyi umarł Dr. Alfred Meissner, mniej znany jako lekarz aniżeli jako poeta niemiecki. Urodzony d. 15 paźdz. 1822 r. w Cieplicach czeskich, praktykował przez jakiś czas w Pradze; w wielkim swym poemacie „Ziska“ objawił wielką cześć dla tego bohatyra narodowego i dla Słowian w ogóle.

W Białymstoku umarł d. 21 maja z tyfusu Dr. Wincenty Gajewski, wychowaniec Uniw. warsz. w 37 roku życia (*Gaz. Lek.*)

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:
W *Medycynie* Nr. 23: Biegańskiego: O naczynioruchowém oddziaływaniu skóry i o sztucznéj pokrzywce (*urticaria factitia*) (c. d.); Gluzińskiego (z kliniki prof. Korczyńskiego): Działanie wyskoku na czynność żołądka ludzkiego (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 23: Leśnika: Dalsze poszukiwania nad barwikiem krwi prof. Nenckiego i Siebera; Kramsztyka: O patrzeniu przez soczewkę w obrazie odwrotnym i o zastosowaniu tego sposobu w oftalmoskopii (Dok.); Modrzejewskiego: Sprawozdanie o chorych usznych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 17 bm. o godzinie 6éj wieczorem w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém 1) odbędzie się dyskusyja nad antipyryną, poczém 2) Dr. Bossowski mówić będzie o cholerze pod względem etyjologicznym.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Kolegom krynickim. Oświadczenie, które ogłoszone było przed kilkoma już dniami w dziennikach, doszło nas dopiero w piątek, a więc po zamknięciu numeru.

Na fundusz portretu śp. prof. Kozubowskiego złożył: Dr. Rieger z Iwonicza 2 złr., co czyni razem z poprzednio złożonemi składkami kwotę 283 złr. 15 ct.

Do Nru dzisiejszego dołącza się dla wszystkich prenumeratorów: Gleichenberg w Styryi.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ Amers et Ferments digestifs

Doświadczenia chemiczne panów A r c h a m b a ult, B o u c h u t, F r e m y, prof. G u b l e r, H u c h o r d i innych dowiodły zadziwiającéj skuteczności tego preparatu w leczeniu **Dyspepsyj żołądko-kiszkowych, braku apetytu, wymiotów podczas ciąży, dolegliwości żołądko-kiszkowych u dzieci**. Łyżka stołowa zawiera 50 centigrm. **Pepsyny tytrowanéj**. D o z y: Dla dorosłych mały kieliszek przy każdém jedzeniu, dla dzieci zaś 1 lub 2 łyżeczki deserowe. Dostać można w P a r y ż u, u pana P. G r e z, Aptekarza szpitali paryskich 34 R u e L a b r u y è r e. W Krakowie: W aptekach T r a u c z y ń s k i e g o, R e d y k a i W i s z n i e w s k i e g o; we Lwowie pp. M i k o l a s c h a, S k l e p i ń s k i e g o i K r z y ż a n o w s k i e g o.

SOLUTION BOURGUIGNON CONTENANT 1 Gr. DE CHLORHYDRO-PHOSPHATE de CHAUX PAR CUILLÉRÉE à BOUCHE

Fizyjologiczny i racyjonalny środek wywierający pomyślne działanie na organizm, który go z łatwością asymiluje. — **Suchoty, słaba konstytucyja ciała, choroby kości, niedostateczna asymilacyja, zapalenie oskrzeli.** — Zastępuje tran rybi we wszystkich jego zastósowaniach.

W P a r y ż u: W Aptece p. LABOUREUR 26 Rue de l'Abbé-Gregoire; we L w o w i e: W Aptekach pp. MIKOLASCHA, SKLEPIŃSKIEGO i KRZYŻANOWSKIEGO; w K r a k o w i e: W Aptekach TRAUCZYNSKIEGO, REDYKA i WISZNIEWSKIEGO.

Zakład ortopedyczny

w Pradze (Czechy) Nr. E. 459—I,11 nowy
Dom przechodni Richtera z Małego staromiejskiego Rynku na ul. Michalską.

Skrzywienia i zniekształtnienia stosu kręgowego i odnóg, pochyła postawa, wady w powierzchowności i postawie, zniekształtnienie stawów, skrzywienie kości długich i porażenie mięśni stanowią najgłówniejsze przedmioty leczenia w Zakładzie. Całém leczeniem i nadzorem kieruje osobiście podpisany, rodzinie dozwoloném jest jednak wybór lekarzy do narady. Zakład otacza powierzonych swéj pieczy staranną opieką i udziela im pożywienia w pokojach wspólnych i oddzielnych. Ćwiczenia gimnastyczne a stósownie do życzenia i nauka przedmiotów szkolnych muzyki itd. bywają udzielane. — Bliższych szczegółów, porady udziela się oraz przyjmuje do Zakładu w godzinach od 2 do 4téj.

Tamże udziela się osobnych lekcyj ćwiczeń gimnastycznych celem ogólnego wzmocnienia jakoteż w szczegółowych celach leczniczych.

Wszech nauk lek. **Dr. K. M. SCHWARZ**
Kierujący Zakładem.

ZDRÓJ LUDWIKA W CZIGIELCE.

Szczawa alkaliczno-solna, jod zawierająca.

Zajmująca najpierwsze miejsce co do ***największéj*** ilości węglanu sodowego pośród wszystkich dotąd znanych zdrojów mineralnych ***całego świata*** wyszczególniająca się wielką ilością żelaza i nader obfita w kwas węglowy. Wodzie téj co do przymiotów ***nie dorównywa żadna z alkaliczno-solnych szczaw*** a woda ta ze ***wszystkich wód mineralnych jod zawierających jest najprzyjemniejszą do picia i najłatwiéj bywa znoszoną.***

Szczególnie skuteczną okazała się dotychczas w ***cierpieniach żołądka, kiszek, pęcherza, płuc, w gruźlicy, w przewłocznym wrzodzie żołądka, w wolu*** i we wszystkich postaciach ***zołzów***, jak również w następstwach ***kiły***.

Napełnianie i rozsełka odbywa się przez Zarząd zdrojowy zdroju **Czigelka** (poczta Bardyjów) w Górnych Węgrzech. Broszury o zdroju gratis.

Skład rozsyłkowy u A. Muszyńskiego w Grybowie.

APTEKA POD GWIAZDĄ

Konstantego Wiszniewskiego

w Krakowie

poleca najprzedniejszy ***Tran rybi Henryka Mayera z Chrystyjanii*** we flaszkach po 210 gramów.

Dr. ANJELA

Zakład wodoleczniczy w Zuckmantel

(na Śląsku austryjackim).

W najpyszniejszém położeniu górskiém, tuż obok lasów milowéj rozległości. Najsumienniejszy nadzór leczniczy obok najtroskliwszego pielęgnowania.

Stacyja kolejowa **Ziegenhals** o milę odległa.

Peptony Chapoteaut z mięsa wołowego przyrządzone wyłącznie z czystą pepsyną baranią są j e d y n e jako obojętne i niezawierające chlorku sodowego ani winianu sodowego, a przepisuje się je w następujących formach:

WINO PEPTONOWE CHAPOTEAUT.

W smaku bardzo przyjemne, używa się je po jedzeniu w ilości 1 lub 2 kieliszków od wina.

Dawka: 10 gramów mięsa wołowego w kieliszku wina.

KONSERWA PEPTONOWA CHAPOTEAUT

W téj formie pepton jest płynny, obojętny, aromatyczny, zadaje się go czysty w rosole, w konfiturach, w syrupie lub za pomocą lawatyw; łyżeczka od kawy przedstawia więcéj, niż podwójną jéj ilość mięsa wołowego.

PROSZEK PEPTONU CHAPOTEAUT.

Jest on obojętny, zupełnie rozpuszczalny, a jedna część odpowiada pięciu częściom mięsa.

Wskazówki: Niedotlenność krwi, niestrawność, odraza do pokarmów, zwątlenie przewodu trawienia, konwalescencyja, żywienie mamek, dzieci, starców chorych na moczówkę, suchotników itp.

Składy w Paryżu 8 Rue Vivienne i we wszystkich aptekach.

NOWE MIASTO nad PILICĄ

(gub. Piotrkowska pow. Rawski)

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Racyjonalna hydroterapija, kąpiele ciepłe, słone, aromatyczne, rzeczne, wody mineralne, gimnasyka. — Leczenie elektrycznością, mlekiem, kefirem.

Gabinet elektryczny zaopatrzony w przyrządy do specyjalnego leczenia.

Ścisły internat i eksternat, dyjetetyczne stołowanie. Obok zakładu internat i restauracyja dla starozakonnych.

Utrzymanie całodzienne z leczeniem i kąpielami w pokojach wspólnych od 1 rs. 50 kop., w pokojach oddzielnych od 3 rs.

Komunikacyja osobna karetami pocztowemi przez Grojec, na które zapisywać się na poczcie w Warszawie albo koleją żelazną Warszawsko-wiedeńską przez Skierniewice lub Iwangrodzko Dąbrowską przez Opoczno.

Szczegółowe objaśnienia i cenniki w Warszawie w aptece H. Kucharzewskiego, Senatorska 480.

Lekarze zakładu:

JAN BIELIŃSKI **LEON RZECZNIOWSKI.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 20 czerwca 1885. № 25. Rok XXIV.

I. Laparotomija z powodu przypadków niedrożności jelit, wywołanych pęknięciem jaja płodowego zamacicznego.

Podał Prof. Dr. Alfred Obaliński.

W dniu 31 maja r. b. przywieziono do szpitala św. Łazarza chorą Ch., którą lekarz dyżurny po pobieżném zbadaniu jako dotkniętą niedrożnością jelit zakwalifikował na oddział chirurgiczny celem przedsięwzięcia laparotomii.

O godzinie 9éj rano tegoż dnia zastałem chorą ułożoną już na łóżku ciągle stękającą a chwilami jęczącą od bólu, którego wyjście odnosi do lewego podbrzusza, gdzie sama przy dotyku wyczuwa miejsce twarde i wyniosłe. Z wywiadów dowiadujemy się, że obecna choroba trwa od dni sześciu, że początkowo były tylko bóle we wspomnianéj okolicy i brak stolca, że jednak w ostatnich dwóch dniach przystąpiły do tego wymioty i znaczny upadek sił. Badana, lat 30 licząca, okazuje wyraz twarzy nader bolesny, odżywienie mierne, skórę suchą, bladą, w długo utrzymujący się fałd ująć się dającą, tętno przeszło 120 uderzeń na minutę z trudnością z powodu słabości tychże zliczyć się dające, temperaturę ciała prawidłową; rodziła kilka razy, od trzech miesięcy nie miała miesiączki. Brzuch nieznacznie wzdęty, najwybitniéj w lewém podbrzuszu, gdzie i bolesność przy dotyku i równocześnie opór w głąb sięgającego, nieporuszalnego, rozlanego obrzęku wyczuwać się daje; po prawéj stronie brzuch prawie całkiem niebolesny.

Gdy mi nadto oświadczono, że lekarz domowy używał bez skutku środków czyszczących jakoteż i obfitych lawatyw, odstąpiłem od pierwotnego zamiaru zbadania jeszcze choréj przez pochwę i odbytnicę, a to dla tego, iż mając z dotychczasowych wyników badania dosyć wskazówek do rozpoznawania niedrożności jelit uważałem szybko wykonaną laparotomiję za jedynie ratujący środek, a przeto chciałem uniknąć zanieczyszczenia swych rąk.

Gdy chora zgodziła się na operacyję, którą tém bardziéj uważałem za wskazaną, ile że przed kilkoma tygodniami dwoje chorych w podobnym stanie operowanych opuściło mój oddział w zupełném zdrowiu (porówn. rozprawę, którą równocześnie przesłałem *Gazecie Lekarskiéj*), przystąpiłem natychmiast do wykonania téjże.

Gdy cięciem w linii białéj otworzyłem jamę otrzewnową, ze zdziwieniem znalazłem między blademi i wcale nierozdętemi jelitami liczne skrzepy krwi zbite, płaskie i gładkie, niektóre z nich do wielkości dłoni dochodzące, co mnie natychmiast na myśl naprowadziło, czy w obecnym przypadku nie mamy do czynienia z ciążą zewnątrzmaciczną lub krwistekiem zamacicznym. W celu wyśledzenia wsunąłem rękę ku macicy i ku owemu przez ściany brzuszne wyczuwanemu guzowi, po jéj lewéj stronie położonemu; zaledwie jednak nieco jelita z tego miejsca odsunąłem, gdy natychmiast zaczęła się strumieniem wydobywać krew z poza macicy ku górze i to po części świeża, po większéj części dawniejsza, bo ze skrzepami zmięszana tak, że na krótką chwilę i o pękniętym tętniaku myśleć było nie od rzeczy. Gdy jednakże po chwili odpływ ten się zmniejszył, oczyściwszy pole operacyjne gąbkami maczanemi w ciepłéj wodzie borowéj wsunąłem ostrożnie rękę w otwór, z ktorego krew ta się wydobywała i wyciągnąłem najprzód płód około 12cm. długości mieć mogący a następnie razem z licznemi skrzepami zmięszane łożysko, które jako takie po resztce przerwanéj podczas wyciągania pępowiny poznać było można. Jama po wydobyciu tych części pozostała była tak dużą, iż wygodnie w niéj rękę mogłem obrócić, miała ściany dosyć zbite a wolno w niéj jakby zawieszone podługowate ciała na zewnątrz wydobyte okazały się jako obydwie trąbki, z których lewa zawierała wśród strzępków swych wiele skrzepłéj krwi. Wymaczawszy jamę tę gąbkami miałem zamiar wyprowadzić dren z niéj przez pochwę i zaszywszy otwór górny w ten sposób zabezpieczyć otrzewnę od wpływu rany ropieć mogącéj, gdy jednak tętno zaczęło coraz słabnąć pomimo wstrzy-

kiwań kamfory i eteru, musiałem od zamiaru tego odstąpić i oczyściwszy czémprędzéj otrzewnę z reszty skrzepów ranę brzuszną zaszyć. Upadek sił był bardzo znaczny, tętno prawie niemacalne, niepokój, to téż pomimo podawania środków analeptycznych, rozgrzewania i nacierania ciała nastąpiła śmierć w trzy godziny po operacyi.

Nie mogąc z powodów odemnie niezależnych dokonać oględzin zwłok w całéj pełni ograniczyłem się tylko do otwarcia rany brzusznéj i wydobycia macicy wraz z odbytnicą i owym sztucznym workiem, w którym leżało jajo płodowe.

Z wyjaśnień udzielonych mi najuprzejmiéj przez profesorów Dra Madurowicza i Dra Browicza, jakotéż przez asystenta Dra Wodyńskiego, zebrałem co do otrzymanego preparatu następujące daty: *a*) macica była powiększoną tak jakby odpowiadała mniéj więcéj drugiemu miesiącowi ciąży a w jéj jamie znajdowała się błona doczesna (*decidua)*; *b*) obydwie trąbki powiększone, jednak lewa znaczniéj i jéj strzępki (*fimbriae*) zawierające ślady uczepienia łożyskowego; pod niemi znajdujące się jajniki obydwa powiększone, jednak na przekroju pokazuje się, że lewy uległ już przeobrażeniu wstecznemu, gdy w prawym odróżnić się dały wyraźne pęcherzyki Graafa i świeże ciało żółtawe (*corpus luteum*) jako dowód, że w tym przypadku odbyła się wędrówka jaja z jajnika prawego ku ujściu trąbki lewéj (*Uiberwanderung*); *c)* jajo płodowe, odpowiadające trzem miesiącom, położoném było w zatoce Douglasa i nieco ku stronie lewéj stojąc w związku z trąbką lewą (*graviditas tubo-abdominalis*) a nadto mieściło się ono w podścielisku z nowowytworzonéj tkanki łącznéj, które albo w przebytych zapaleniach otrzewny ograniczonych, albo w dawniejszym krwisteku początek wziąć musiało; *d)* skrzepów tylko ślady postrzegano tak wśród jelit jako i w jamie po wydobyciu jaja płodowego pozostałej; *e)* jelita nie były wcale rozszerzone.

Bliższe rozpatrywanie niniejszego przypadku daje mi sposobność do poczynienia następujących uwag: Przedewszystkiém rozchodzi się o to, czy w obecnym razie wskazaną była laparotomija czy nie. Według mego przekonania najzupełniéj; boć ja ją wykonywałem pod wrażeniem niedrożności, którąbym nazwał istotną, t. j. taką, gdzie jelita doznają rzeczywistego zamknięcia, jak to widzimy np. w skręceniu, w zagłobie, w zwężeniu nowotworowém itp. stanach jelita; że zaś po otwarciu jamy brzusznéj pokazało się, że mamy przed sobą tylko niedrożność wrzekomą wywołaną pęknięciem worka płodowego zewnątrzmacicznego, to jeszcze wskazania do laparotomii nie zmienia, jeżeli zważymy, że ginekologowie nawet sami doradzają przedsięwzięcia laparotomii tam, gdzie pęknięcie takiego worka zostało rozpoznaném. Druga okoliczność wymagająca wyjaśnienia jest, czy rozpoznanie dokładne było w obecnym przypadku możebném. Kilka warunków zeszło się tutaj, aby je zrobić nieprawdopodobném; i tak najprzód bardzo krótki czas do obserwacyi, następnie bardzo wybitne przypady niedrożności jelita, daléj okoliczności, które mi nie dozwalały badać przez pochwę i odbytnicę, a w końcu może najważniejsza to, że mi wcale nie było przedtém wiadomém, iż pęknięcie worka płodowego może przebiegać zupełnie w postaci przypadów niedrożności jelita.\Niewiadomość ta zasługuje jednak na pobłażliwość, jeżeli zważymy, że dotąd znanym był jedyny przypadek Wheelera (*The Lancet*, 1880), w którym wystąpiły podobne przypady skutkiem pęknięcia worka płodowego w trąbce umieszczonego. Nie mając pod ręką oryginału podaję dosłownie w tłumaczeniu referat według *Centralblatt f. Gynakologie* (1880, str. 434): „Pacyjentka lat 44 licząca, rodziła przed 23 laty raz i nie była odtąd nigdy w ciąży. Ostatnia miesiączka była w grudniu 1879 r., szóstego zaś marca 1880 r. wystąpiły u niéj bardzo silne bóle brzucha i inne przypady zapalenia otrzewny, które ona odnosiła do niestrawnego obiadu, gdyż było równocześnie uporczywe zaparcie stolca nieustępujące ani środkom wewnętrznym ani téż lawatywom; potém wystąpiły wymioty i pacyjentka szybko umarła. Sekcyja wykazala liczne skrzepy krwiste w miednicy obok pękniętego worka trąbkowego, macica wielkości naturalnéj. Żadnych zrostów ani śladów zapalenia otrzewny nie było. Jelita i kiszki próżne“.

Tém trudniéj było w moim przypadku rozpoznawać, o ile że cała sprawa ciągnęła się, jak o tém z wywiadów dowiedziałem się, aż dni sześć, gdy najczęściéj pęknięcie worka płodowego zewnątrzmacicznego sprowadza nagłe i ciężkie przypady kończące się w kilkanaście godzin śmiercią, tak iż częstokroć otrucie podejrzywano (Kleinwächter: *Real-Encyclopädie* XIV, str. 108).

Niemniéj ważnym jest sposób tłumaczenia przypadów niedrożności. Ja ich powstanie w niniejszym przypadku tak pojmuję, że skutkiem odklejenia się łożyska lub innéj jakiejś zmiany nastąpił krwotok do worka otaczającego jajo płodowe a utworzonego już poprzednio przez wytworzenie się tkanki łącznéj. Skutkiem tego worek ten powiększał się, sprawiał bóle, a w końcu, gdy doszedł do znacznéj wielkości ugniatał kiszkę stolcową i tym sposobem stał się przyczyną zaparcia stolca, podobnie jak to czynią i inne guzy w miednicy się znajdujące. Że obrzęk ten jednak nie stał się przyczyną zupełnéj czyli istotnéj niedrożności jelit, najlepszym dowodem był stan jelit znaleziony tak przy operacyi, jak i przy oględzinach pośmiertnych. Inne więc przypady owéj niedrożności wrzekoméj jak wymioty, zapad, tętno nikłe, odnieść należy do równoczesnego krwotoku, który nietylko do owego worka płód otaczającego lecz i do jamy brzusznéj się odbywał, jak o tém świadczą zaraz po otwarciu otrzewny znalezione skrzepy gładkie. Podobnie musiało być i w przypadku Wheelera. Że sama niedokrewność sprowadzona krwotokiem wewnętrznym nie jest w stanie wywołać podobnego obrazu, służyć nam może, pomijając już inne przypadki, jak krwotoki wśród porodu lub pologu, za dowód następujący analogiczny również na moim oddziale spostrzegany przypadek: Szesnastoletniemu chłopakowi przebito wśród bójki brzuch kozikiem po stronie lewéj, skutkiem czego wystąpiła mu część trzew na zewnątrz. Po odstawieniu go do szpitala stwierdzili lekarze oddziałowi, że wypadniętém trzewem była sieć, przeto oczyściwszy dokładnie miejsce zranione przewiązali ją katgutem, a odciąwszy obrzmiałą sieć nożyczkami przewiązany jéj trzon wpuścili do jamy brzusznéj, którą zaszyli. Mimo to chłopak przez następne 12 godzin był niespokojnym, czuł, że słabnie i że umiera chociaż był zupełnie przytomnym i tętno dosyć dobrém. W następnych 12 godzinach zachowywał się spokojniéj, żądał nawet jadła i napoju, poczém wkrótce znów osłabł i w kilka godzin późniéj umarł. Sekcyja wykazala zranienie tętnicy krezkowéj i znaczną wybroczynę do jamy brzusznéj. W przypadku tym nie było ani wymiotów, ani wybitniejszego bólu brzucha, ani zaparcia stolca.

W końcu wypada mi jeszcze podnieść tę okoliczność, że śmierć w niniejszym przypadku nastąpiła skutkiem upadku sił (*collapsus*) wywołanego z jednéj strony znacznym krwo-

tokiem, a z drugiéj długotrwałemi bólami. Gdyby operacyja była wykonaną o kilka dni wcześniéj, byłaby pacyjentka prawdopodobnie zabieg ten przetrzymała, chociaż przyznać muszę, że infuzyja wody słonéj do żyły lub przynajmniéj autotransfuzyja krwi przez szybkie opasanie rąk i nóg byłaby na razie z pewnością lepiéj siły choréj podniosła, niż wstrzykiwania podskórne kamfory i eteru, to téż uważam za stosowne, aby narzędzia do tych, życie ratujących, manipulacyj przy każdéj ciężkiéj operacyi, do których i laparotomiję zaliczyć należy, w pobliżu były przygotowane.

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Madurowicza w Krakowie.

Poród powikłany torbielem wielokomorowym jajnika.

Podał Dr. Jan Rosner,
asystent tejże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 24).

Guzy niestojące z macicą w związku pochodzą najczęściéj od jajników torbielowo lub skórzakowo, rzadziéj włóknikowo zwyrodniałych. Zastanawiając się ogólnikowo nad temi guzami i nad ich stosunkiem do ciąży i do porodu, nadmienić musimy, że ciąża wywołuje również szybszy wzrost tychże. Zrozumiałą jest rzeczą, że mogą one łatwo ciążę przerwać w skutek zadrażnienia ścian macicy. Poród w pewnéj liczbie przypadków przebiega prawidłowo; w innych zachodzą przypadłości groźne, które lekarza zniewalają do przedsiębrania różnych zabiegów operacyjnych. Dla sprawy porodowéj niebezpieczne są nietylko torbiele mniejsze z przyczyny, że nader łatwo do jamy miednicy małéj wsunąć się mogą, i *a priori* tam się rozwijające, lecz także większe, których dolny odcinek w skutek ucisku macicy coraz więcéj wypełnia i obniża zatokę Douglasa, a wysuwając szyję macicy do góry i objętością swoją zatykając przewód miednicy, wywołuje niestosunek porodowy często bardzo znacznego stopnia. Guzy jajnikowe w jamie miednicy małéj usadowione różnią się od guzów w téj okolicy pierwotnie powstałych tém, że w nieobecności zrostów w ogóle dość łatwo ponad wchód miednicy wysunąć się dają. Odprowadzenie to napotyka częstokroć podczas porodu na trudności nie do zwalczenia, a to w skutek parcia macicy w kierunku rękoczynowi niekorzystnym, t. j. ku dołowi. W razie istnienia zrostów trwalszych, co się najczęściéj wobec torbieli skórzakowych i po sprawach zapalnych w ogóle przydarza, mowy o odprowadzeniu być nie może, a usiłowania w tym kierunku energicznie przeprowadzone, narazić muszą guz na pęknięcie i wylanie się treści do jamy brzusznéj (Fischel, *Prager med. Wochenschrift*, 1882, Nr. 6, 7), co ostatecznie bezkarnie ujść może, jeżeli się nie ma do czynienia z torbielem skórzakowym, treścią ropną itd., w tych bowiem razach po pęknięciu zazwyczaj śmierć szybko następuje (Baader, *Schw. Corr. Blatt*, 1875). Dobrowolnie pękają czasem torbiele nieprzyrośnięte w skutek saméj pracy porodowéj (Zeller, Anderson, Fischel i inni), a Brewer (*Brit. med. Journ.*, 1878) opisał przypadek, w którym takie pęknięcie dotyczyło ścian torbiela i pochwy, tak że treść pierwszego na zewnątrz się wydobyła. W wielu przypadkach torbiele usadowione częściowo lub całkowicie w jamie miednicy małéj, cofają się tak samo, a nawet łatwiéj niż włókniaki macicy podczas porodu do jamy brzusznéj, przez co niestosunek porodowy ustaje. Jeżeli usunięcie guzu, a tém samém niestosunku porodowego z jakichkolwiekbądź przyczyn jest niemożebne, natenczas zazwyczaj łatwo skłaniamy się do nakłucia a nawet nacięcia ścian torbieli (Morlanne, Jackson, Johannovsky, Fischer i inni). Punkcyję w takich razach wykonywamy przez ściany brzuszne, pochwę lub kiszkę stolcową; nadmienić jednak musimy, że nie zawsze doprowadza ona do celu, jak o tém świadczy przypadek Noltinga, w którym bezskutecznie wykonano punkcyję, a który zakończył się śmiercią w skutek pęknięcia torbiela i wylania się jego treści do jamy brzusznéj. Punkcyja torbieli skórzakowych, ostrożnie przez ściany pochwy wykonana, nie grozi również wielkiém niebezpieczeństwem, jak o tém świadczą przypadki przez Barnesa (*St. Georg's Hosp. Reports*, 1874—1877), Wiarta (*Gaz. med. de Paris*, 1882), Ramsbothama, Litzmanna i innych opisane. W nader rzadkich tylko przypadkach torbiele jajnika zmuszały do wykonania cięcia cesarskiego; w przypadku J. Müllera wykonał je Nussbaum z pomyślnym dla choréj wynikiem. Daleko częściéj przydarzają się podczas porodu powikłanego torbielami wskazania do obrotów, kleszczy lub kraniotomii. W przypadkach zaniedbanych, w których przebieg porodu pozostawiono siłom przyrody, napotykamy bardzo znaczny procent śmiertelności.

Co się tyczy dat statystycznych, to w 56 przypadkach powikłań porodu torbielami (zestawienie Litzmanna) procent śmiertelności u rodzących był bardzo znaczny (24 matek umarło), a jeszcze większy u dzieci, bo tych zaledwie 7 urodziło się żywych. Statystyka ta nie obejmuje w dodatku porodów zakończonych cięciem cesarskiém. Setter obliczył, że na 110 porodów, w których z przyczyny niestosunku porodowego, wywołanego torbielami jajnika, udzielono pomocy, procent śmiertelności wynosił 43. Statystyka nowsza (Playfair) wykazuje już znacznie lepsze wyniki, na 14 bowiem rodzących, u których torbiele reponowano lub nakłuto, nie zdarzył się żaden przypadek śmierci a dzieci urodziło się 9 żywych. W końcu na jednę jeszcze okoliczność uwagę zwrócić należy, t. j. że w razie szczęśliwego przebiegu porodu powikłanego torbielem jajnikowym, niebezpieczeństwo wszelkie jeszcze nie zupełnie minęło, albowiem w połogu łatwo wystąpić może zapalenie ścian lub skręcenie szypułki torbiela, co za sobą ciężkie następstwa pociągnąć może; komplikacyje te zresztą już podczas ciąży i porodu przydarzyć się mogą. To samo, cośmy tu powiedzieli o torbielach jajników, dotyczy *caeteris paribus* torbieli i innych nowotworów trąbek i więzadeł szerokich.

Dalsza grupa guzów komplikujących poród, która na uwagę zasługuje, obejmuje guzy pochwy, daléj guzy niestojące w związku z częściami rodnemi a więc usadowione w parametriach i przegrodzie pochwowo-stolcowéj, w końcu zaś guzy przewodu kostnego miednicy i części miękkich wyścielających tenże. Co się tyczy guzów pochwy, to znowu najczęściéj torbiele ścian téjże przy porodach wchodzą w rachubę. Przypadków tego rodzaju powikłań zebrał Graefe 10 z kliniki Schroedera, Lebediew opisał 2, James S. Bailey i J. Veit po jednym. W przypadku przez Veita opisanym torbiel pochwy dochodził wielkości główki noworodka. Włókniaki, mięsaki i inne guzy w ogóle rzadko w ścianach pochwy napotykane bywają, przeto téż bardzo rzadko stanowią przeszkodę porodową, chociaż i to się przydarza (Letenneur). W tkance łącznéj okołomacicznéj, jakotéż w *septum recto-vaginale* napotykamy oprócz torbieli i włókniaków tutaj pierwotnie się rozwijających, często torbiele bąblowca (*Echinococcus*). Rozpoznanie ich bez poprzedniéj

punkcyi zazwyczaj niełatwe, a odprowadzenie niemożebne. Symulują one czasem podczas porodu guzy stałe w skutek znacznego napięcia, wywołanego uciskiem na nie wywartym (Sadler). Przypadków torbieli bąblowca komplikujących poród nie wiele w literaturze napotykamy: Sadler, Porak i Bril opisują po jednym, Wiener zebrał ich 7 a Davain przedtém 3. W kanale kostnym i częściach jego miękkich usadowione być mogą jako *tumores obturantes* włókniaki (Retzius, Putegnat, Dohrn, Gus, Braun 2 przypadki), kostniaki (Marinus), chrząstniaki (Gus, Braun) a nawet i to stosunkowo często raki (E. Martin, Wal. Meyer, Elkington). Guzy te wyrastają w rożnych okolicach kanału miednicy; wielkość ich bywa czasem bardzo znaczna a tém samém wpływ na sprawę porodu nader niekorzystny. Dla zniesienia niestosunku porodowego wywołanego tego rodzaju guzami potrzeba zazwyczaj cięższych zabiegów operacyjnych, jak kraniotomii lub cięcia cesarskiego. Kwestyją bezwarunkowo dla lekarza ważną będzie obmyślenie i przeprowadzenie sposobu postępowania w przypadkach guzów mogących stanowić podczas porodu niestosunek porodowy. Na postępowanie to różne okoliczności wpływać będą a mianowicie zależném ono będzie od tego, czy mamy do czynienia z ciążą czyli też z porodem, dalej od budowy, wielkości a wreszcie od ruchomości guzów. W przypadkach powikłań ciąży przez guzy małe, dalej przez guzy jakiejkolwiek natury lecz ruchome, łatwo nad wchód miednicy wysunąć się dające i w końcu przez torbiele nawet nieruchome, ciąża przerywaną być nie powinna. Guzy większe stałe i nieruchome, jakotéż mniejsze téj samej budowy rosnące szybko, tworzyć będą wskazania do wzniecenia poronienia, względnie niewczesnego porodu. Wobec guzów stałych, łatwo odprowadzalnych, jakotéż wobec torbieli uważałbym bierne zachowanie podczas ciąży za stosowne i tak samo w warunkach mniéj korzystnych lub zupełnie niekorzystnych, jeżeli ciąża już jest daleko posunięta. W przypadkach odpowiednich operacyja zmierzająca do doszczętnego usunięcia guza *per laparotomiam* zasługuje na uwagę, zwłaszcza, że nie pogarsza ona zbytecznie prognozy ciąży, podczas gdy obecność guza naraża ciążę a zwłaszcza poród na niebezpieczne następstwa. W 25 przypadkach owaryjotomij, zestawionych przez Hegara i Kaltenbacha, zaszły tylko 3 przypadki śmierci a 9 razy poród nie czasowy, 7 przypadków Schroedera ukończyło się pomyślnie.

Podczas porodu należy przedewszystkiém jak najdokładniéj przekonać się, czy guz wikłający poród jest ruchomy, czyli też nie. Guzy ruchome należy bezwarunkowo z drogi porodowéj usunąć, któryto rękoczyn ułatwiamy sobie ułożeniem rodzącéj z podniesionemi krzyżami lub kolankowo-łokciowém i głęboką narkozą w razach silnych i częstych bólów porodowych. Chwila tuż po odpływie wód płodowych jest po temu najstosowniejszą. Odprowadzenie winno się odbyć w przerwie i ręką całą, wprowadzoną do pochwy lub do kiszki stolcowéj (Leopold).

Nadmienić należy, że nawet w razach wątpliwéj ruchomości, usiłować należy ostrożnie lecz wytrwale wysunąć tumor ku górze, albowiem zdarzały się przypadki, że guzy pozornie tylko nieodprowadzalne dawały pochop do cięższych a zbytecznych zabiegów leczniczych. Jeżeli pomimo usilnych starań odprowadzenie tumoru nie udaje się, natenczas w obecności torbieli wchodzi w rachubę nakłócie trójgrańcem, czego dokonać można przez powłoki brzuszne, pochwę lub kiszkę stolcową; daléj nacięcie, które tylko przez ściany pochwy wykonane być może. Zabiegi podobne wystarczały nieraz nawet do doszczętnego wyleczenia torbieli, np. przyjajnikowych. Nawet o usunięcie guzów stałych przez ściany pochwy kusićby się można w razach, gdzie jest do przewidzenia, że wyłuszczenie nie napotka na zbyt wielkie trudności. Wobec guzów stałych lecz mniejszych przebieg porodu pozostawimy siłom przyrody, lub operacyjami łagodnemi, a więc obrotem, kleszczami, starać się będziemy go ukończyć. Wobec tumorów większych stałych wybór środków nie jest wielki, bo rozchodzić się jedynie może o wykonanie kraniotomii lub cięcia cesarskiego. Pierwszego sposobu należy użyć wszędzie tam, gdzie obok zaklinowania np. główki bez znaczniejszego obrażenia rodzącéj wykonać go można, w razach absolutnego ścieśnienia dróg porodowych jako ostatnia ucieczka pozostaje cięcie cesarskie. Nie należy zapominać, że płody małe, daléj płody obumarłe i zmacerowane przez nader ścieśnione drogi porodowe, takie np. że rękę nie łatwo przepuszczają, nadspodziewanie łatwo urodzić się mogą, z czego wynika, że trzeba się dobrze zastanowić, poczekać i jeszcze gruntowniéj rzecz zbadać, nim się weźmie nóż do ręki.

III. Przyczynek do statystyki i kazuistyki nieżytu dróg oddechowych, jego następstw i powikłań.

(Urywek ze sprawozdania za r. 1883).

Przez prymaryjusza **Dra St. Paszkowskiego.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Kazuistyka.

1. Agata Zapasińska l. 40, wyrobnica, przybyła 8/3, zmarła 20/3 83. Przed kilkoma dniami wyszła ze szpitala, gdzie leżała z powodu duszności i opuchliny nóg. Obecnie skarży się na duszność od tygodnia trwającą. Rozpoznanie kliniczne: *Bronchitis diffusa, catarrhus apicis dextri. Hydrops universalis, emphysema pulmonum.*

Rozpoznanie anatomiczne: „*Pleuritis fibrosa obsoleta et recens fibrinoserosa sinistra sequente compressione et atelectasi et degeneratione fibrosa totius pulmonis sinistri apice excepto. Hyperaemia et oedema acutum pulmonis dextri. Degeneratio adiposa musculi cordis, hepatis, renum. Hydrops, anasarca, ascites. Hydrothorax dexter praestans.*

Nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że główną chorobą w tym przypadku było zapalenie opłucny, z którém chora przyszła do szpitala, a które tylko zaznaczało się lekkiém podniesieniem ciepłoty (między 38° C. a 37° C). Badanie wstępne wykazało też stłumienie z tyłu po lewéj stronie ograniczone i szmery oddechowe tamże słabo słyszalne. W obec objawów bardzo znacznego nieżytu oskrzelowego wzięto ten ostatni jako główną chorobę. Wobec ogólnéj opuchliny, wobec tych samych oznak po prawéj stronie z tyłu klatki piersiowéj stwierdzonych co i po lewéj stronie, rozpoznano obustronną opuchlinę klatki piersiowéj *(hydrothorax bilateralis).* Dopiero dnia 19/3, stwierdziwszy wyraźnie tarcie w pasze lewéj, rozpoznano obustronne następowe zapalenie opłucny lewéj. Rozedmy płucowéj w obec ogólnéj opuchliny stwierdzić nie można było wypukiem, ale przemawiała za tém na pewno wypukła klatka piersiowa i bardzo znaczna rozedma, stwierdzona podczas pierwszego pobytu choréj w szpitalu (od 20/2—1/3 83). Protokół sekcyjny o nieżycie oskrzelowym i rozedmie płuc milczy. W każdym razie zmiany opłucny w postaci zgrubień włóknistych były bardzo dawne i pierwotne. Zanotować należy, że sekcyja nie stwier-

działa przerostu prawéj komórki serca. Drobniutkie rzężenia pęcherzykowe, które słychać było wyraźnie po stronie lewéj na całéj przestrzeni klatki piersiowéj, szczególniéj w górnych częściach, miały swoją przyczynę w ucisku częściowym miąższu, który przy głębokim zwłaszcza wdechu dopuszczał do pęcherzyków powietrze. Ostry obrzęk płuca prawego w następstwie ucisku zupełnego płuca lewego jako sprawę końcową pojmować należy. Powiększenia wątroby nie stwierdzono, sekcyja wykazała stłuszczenie. Opuchlina u téj choréj rozpoczęła się w połowie lutego b. r., a więc na 5 do 6 tygodni przed śmiercią. Białka w moczu ślad również i przy pierwszym pobycie stwierdzono.

2. U Kunegundy Sokalskiéj wyrobnicy, lat 77 liczącéj, przybyłéj d. 9/2, zmarłéj 22/3 1883 r., która od 1½ miesiąca kaszlała i często miewała bicie serca, badanie wykazało: Budowę dobrą, odżywienie liche, obrzęk nóg, skórę sinawo zabarwioną, klatkę piersiową beczułkowatą, żyły szyjne mocno wydęte, rozedmę płuc znacznego stopnia, nieżyt oskrzelowy w dolnych częściach, opuchlinę klatki piersiowéj obustronną, opuchlinę worka sercowego; tętno zaledwie wymacać się dające, nierytmiczne w liczbie 102 n. m., wątrobę niżéj linii pępkowéj macalną o powierzchni gładkiéj, białka spory ślad. — Przebieg: 3/3 stan bezgorączkowy. Roża na lewéj stopie, 14/2 napad dusznicy. — Rozpoznanie: *Bronchitis diffusa, emphysema pulmonum, atheroma arteriarum in marantico subj. Erypsip. pedis. sin.*

Rozpoznanie anatomiczne: *Pleuritis fibrosa bilateralis praecipue dextra, emphysema marginale; compressio partium inferiorum pulmonum ex hydrothorace. Bronchitis diffusa. Hyperaemia et oedema acutum pulmonis utriusque, cirrhosis incipiens et oedema chronicum partis inferioris lobi superioris pulmonis dextri. Processus atheromatosus aortae et incipiens arteriarum coronariarum cordis. Hypertrophia excentrica totius cordis et degeneratio adiposa musculi cordis. Hyperaemia passiva et degeneratio adiposa hepatis. Atrophia lienis. Nephritis interstitialis chronica disseminata atrophica, catarrhus ventriculi chronicus. Hydrops, anasarca, ascites et hydrothorax praestans.*

W historyi choroby zanotowano nierytmiczność, tętno drobne 106 na m. Sekcyja wykazała obok zmian za życia rozpoznanych miażdżycę tętnic wieńcowych miernego stopnia, do któréj napady dusznicy odnieść należy. Jako objaw starczéj zmiany w nerkach był spory ślad białka. Zapalenia opłucny włóknistego nie rozpoznano. Objawów przerostu prawéj komory serca nie było.

3. Teresa Kowalikowa l. 80 wyrobnica przybyła 10/4, zmarła 10/4 83 o g. 6 w. Od 5 tygodni chora; zresztą nic dowiedzieć się nie można było. Stan obecny d. 10/4: Budowa dobra, odżywienie liche, obrzęk odnóg dolnych i górnych, stan bezgorączkowy, tętno 108. Skóra blada, sucha, obrzęk w tkance podskórnéj. Szczyty płuc wolne, rozedma znaczna, po lewéj stronie klatka piersiowa pod obojczykiem płaściéjsza. Nieżyt oskrzelowy bardzo znaczny. Tętnice obwodowe miażdżycowe. Przerost lewéj komórki; tony nad tętnicą główną dźwięczne. Wątroba na dwa palce niżej łuku żebrowego macalna, śledziona niemacalna.

Rozpoznanie kliniczne: *Bronchitis diffusa, residua exsudati pleurit. sin. emphysema pulmonum, atheroma arteriarum cum hypertrophia cordis sinistri; hyperaemia hepatis passiva.*

Rozpoznanie anatomiczne: *Pleuritis fibrosa praecipue sinistra, emphysema vesiculare. Bronchitis chronica diffusa et oedema acutum pulmonum. Hypertrophia excentrica praestantior cordis dextri et degeneratio adiposa musculi cordis; processus atheromatosus aortae, arteriarum coronariarum cordis, ad basim cerebri et periphericarum praestans et incipiens valvularum semilunarium aortae. Hyperaemia passiva, degeneratio adiposa et atrophia hepatis, atrophia incipiens lienis. Hyperaemia passiva, degeneratio adiposa et atrophia renum praecipue sinistri. Cystis serosa ovarii dextri. Endometritis chronica cum dilatatione cavi cervicis uteri. Hydrops, anasarca praestans, ascites et hydrothorax gradus levioris.*

Objawem zgrubienia opłucny włóknistego było zapadnięcie klatki piersiowéj po stronie lewéj; po prawéj stronie w mniejszym stopniu znajdujące się zgrubienie nie dawało żadnego objawu za życia. Objawy przerostu lewéj komórki serca były również wyraźne. Znaczny przerost prawéj komory, jaki wykazała sekcyja, nie dawał objawów za życia. Wypukowe objawy wobec obustronnéj opuchliny klatki piersiowéj (*Hydrothorax*) i wobec przerostu lewéj komory były niepewne). (O ważności rozpoznawczych oznak przerostu prawéj komórki serca będziemy mówili późniéj). Zaostrzenia drugiego tonu nad tętnicą płucową nie było; sekcyja wykazała zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego. Arytmii, jako objawu sprawy miażdżycowéj w tętnicach wieńcowych, nie dostrzeżono w tym przypadku. O możebności rozpoznania sprawy miażdżycowéj w tętnicach wieńcowych jako też o stopniu pewności symptomatologii będziemy również mówić jeszcze. Tu tylko już nadmienić wypada, że arytmia nie jest ani wyłącznym ani stałym objawem téj zmiany chorobowéj.

4. Magdalena Imielska l. 63 żona wyrobnika przybyła 8/4, zmarła 16/4 83. Przed trzema laty miało wystąpić porażenie po stronie lewéj, po którém pozostał niedowład. Od 2 tygodni kaszel silniejszy i ból w dołku żołądkowym. Stan obecny 9/4: Indyw. budowy dobréj, odżywienia lichego. *Paresis n. facial. sin.* Klatka piersiowa beczułkowata, rozedma mierna, nieżyt oskrzelowy w dolnych częściach z tyłu bardzo znaczny. Po lewéj stronie z przodu klatka piersiowa przypłaszczona pod obojczykiem, oddech tamże słabszy, objawy nieżytu suchego w szczytach płuc po lewéj, w pasze także oddech słabszy; tony tępe, nad tętnicą główną dźwięczne, arytmia; wątroba na dwa palce niżéj łuku żebrowego macalna, śledziona przy głębokim wdechu pod łukiem żebrowym macalna; w moczu ślad białka. Rozpoznanie: *Bronchitis diffusa, emphysema pulmonum. Residua pleuritidis sinistrae, atheroma arteriarum, tumor hepatis, tumor lienis malaricus. Hemiparesis sinistra ex embolia cerebri.* Przebieg: 12/4 ciepłota ciała 37° C. tętno 78. Chora nieprzytomna, oddech charczący, śpiączka. 16/4 Po prawéj stronie z tyłu klatki piersiowéj tylko rzężenia i furczenia; po lewéj wdech mocno zaostrzony.

Rozpoznanie anatomiczne: *Emphysema pulmonum, bronchitis diffusa, hyperaemia (passiva) partium posteriorum loborum inferiorum pulmonis utriusque, oedema acutum partium restantium pulmonum. Pleuritis fibrosa obsoleta ambilateralis, hypertrophia excentrica ventriculorum cordis praecipue dextri et degeneratio adiposa musculi cordis, myocarditis fibrosa. Processus atheromatosus aortae, arteriarum coronariarum cordis, arteriarum ad basim cerebri et periphericarum. Hyperaemia (passiva) et degeneratio adiposa hepatis, hyperaemia passiva renum, tumor lienis chronicus. Catarrhus gastro intestinalis chronicus cum hyperplasia et degeneratione*

fibrosa glandularum mesaraicarum. Hydrops, ascites, hydrothorax et hydropericardium levioris gradus.

Rozpoznano na podstawie wyżej przytoczonych objawów tylko resztki po zapaleniu opłucny po stronie lewéj; sekcyja wykazała zgrubienia włókniste opłucny znacznego stopnia po obu stronach. Ani przerostu lewéj ani prawéj komory serca stwierdzić za życia nie można było, z powodu zwyrodnienia, wczesnego zaostrzenia drugiego tonu nad tętnicą płucową ani nad główną nie było. *Myocarditis fibrosa* była bez objawów. Zapalenie mięśnia serca było następstwem sprawy miażdżycowéj w tętnicach wieńcowych, któréj jedynym objawem za życia była arytmija tętna. Embolii mózgowéj sekcyja naturalnie nie wykazała, atoli niedowład lewéj strony pozostały po poprzedniém zupełném porażeniu, które przed trzema laty wystąpiło, w obec rozległych zmian miażdżycowych świadczy dowodnie, że poprzednio musiał istnieć zator w tętnicach mózgowych. Nieżyt następowy kiszek (*catarrhus gastrointestinalis cum hyperplasia et degeneratione fibrosa glandularum mesaraicarum*) nie dawał objawów szczególnych za życia prócz zaparcia stolca. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Mendelson: **O czynności nerek wśród gorączki.**

Pod kierunkiem Prof. Cohnheima wykonał Mendelson zajmującą pracę doświadczalną, mająca na celu zbadanie stosunków krążenia w nerkach wśród gorączki za pomocą onkometru Roya. (Przyrząd ten opisaliśmy w Przegl. Lek. Nr. 9, 1882 i Nr. 26, 1883). Pierwsze doświadczenia nie odpowiedziały swemu zadaniu. U zwierząt bowiem uśpionych (morfinem, chloralem, chloroformem) lub porażonych (kurarą) wstrzyknięcie podskórne ropy, naparu siana, zawierającego liczne prątki, daléj soku żołądkowego lub trzustkowego, roztworu pepsynu itd., słowem wstrzyknięcie jakichkolwiekbądź znanych środków gorączkotwórczych nie wywołało nigdy podwyższenia ciepłoty, lecz przeciwnie jéj obniżenie o 2—4 stopni. Gorączka pojawiała się dopiero wtedy, skoro działanie narkotyku minęło. Wobec tego musiano się uciec do sposobu Ludwiga w celu unieruchomienia zwierząt wśród doświadczenia. Sposób ten, polegający na zniszczeniu wzgórków wzrokowych, ma zarazem tę dobrą stronę, że oprócz ubezwładnienia zwierzęcia nie sprowadza żadnych zaburzeń w czynności serca i oddechania i nie zmienia parcia krwi, a co najważniejsza, że zwierzęta ze zniszczonym wzgórkiem wzrokowym oddziaływają na środki gorączkotwórcze zupełnie w ten sam sposób, jak zwierzęta zdrowe.

Tego rodzaju doświadczenia wykazały, że wśród gorączki zmniejsza się objętość nerki (o 16%), a parcie w tętnicy szyjnéj przynajmniéj przez jakiś czas jednostajnie się podnosi. Uwzględniwszy, że nerka prócz swych naczyń nie posiada żadnych kurczliwych pierwocin, odnieść należy zmniejszenie się jéj objętości do zmniejszenia się ilości krwi w nerce wśród gorączki. W gorączce więc zwężają się naczynia krwionośne nerki. Z okoliczności, że po zniszczeniu nerwów dochodzących do wnęki nerkowéj nie zmniejsza się objętość nerki w gorączce, wysnuto wniosek, że zwężenie się naczyń nerkowych ma swą przyczynę w bodźcu centralnym a nie obwodowym. Zapatrywanie to potwierdziły następujące doświadczenia: Ogrzewając krew w tętnicach szyjnych za pomocą przyrządu Goldsteina (jestto rurka metalowa, rynienkowato wygięta, przez którą przepływa gorąca woda) i wywołując w ten sposób niejako miejscową gorączkę mózgu, zauważył autor zmniejszenie się nerki i przyspieszenie oddechania, podczas gdy parcie w tętnicy udowéj wcale się nie zmieniło.

Wyniki doświadczeń są więc w krótkości następujące: 1) U psów gorączkujących zmniejsza się objętość nerki, 2) zmniejszenie to polega na zwężeniu się naczyń nerkowych, 3) zmniejszenie nerki w gorączce jest stałe i potęguje się w miarę podwyższania się ciepłoty, 4) przyczyną zmniejszenia się objętości nerek w gorączce jest podrażnienie ośrodków nerwowych krwią gorącą. (*Virchows Archiv.* Tom 100 zeszyt 2). *Dr. Prus.*

Reinhard: **O leczeniu porażeń błonicowych strychninem.**

U chłopca $3^1/_2$ roku liczącego wystąpił w 14 dni po przebyciu błonicy gardła niedowład odnóg dolnych obok porażenia podniebienia. W ciągu dwóch tygodni stan chorego pogorszył się bardzo znacznie mimo środków wzmacniających. Porażenie bowiem nie ograniczyło się tylko do odnóg dolnych, lecz zajęło także obie ręce, mięśnie grzbietu, karku krtani i piersi. Już po pierwszém wstrzyknięciu strychninu (1 miligram) pod skórę karku oddech był swobodniejszy, a mięśnie karkowe straciły swą zbytnią wiotkość. Po 3 dniach (codziennie wstrzyknięto 0.001 *strychnin. sulphurici*) oddechało dziecię już zupełnie spokojnie i mogło przyjmować pokarmy. Po 8mém wstrzyknięciu wróciła władza w odnogach dolnych, a w tydzień późniéj (a więc po 0·015 strychinu) ustąpiły wszystkie objawy porażenne. Wiadomo, że Henoch używa już od r. 1864 strychinu i zaleca go w swym podręczniku bardzo gorąco. Tymczasem Vogel i Gerhardt nie wspominają wcale o leczeniu porażeń błonicowych strychninem, a Oertel oświadcza się wprost przeciw skuteczności strychninu. Natomiast autor na podstawie opisanego przypadku radzi nie zapominać o tym leku. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1885. Nr. 19). *Dr. Prus.*

Loreta (Bolonia): **Chirurgiczne leczenie tętniaków jamy brzusznéj.**

Z pomiędzy wielu zdobyczy na polu zręczności i przedsiębiorczości chirurgów w leczeniu chorób narządów jamy brzucha, które w ostatnich latach ogłoszono, niektóre uderzają oryginalnością, a do tych bez wątpienia należą operacyje przedsiębrane przez prof. Loretę celem leczenia zwężeń odźwiernika i połyku przez wprowadzenie palca wskazującego albo 2 palców do tychże przez otwór w żołądku. Ten sam chirurg niedawno ogłosił przypadek tętniaka jamy brzusznéj, który jest z tego względu bardzo ciekawym, ponieważ uwieńczony został pomyślnym wynikiem operacyi w chorobie, w któréj dotychczas każdy sposób leczenia okazał się bezskutecznym. Myśl do téj operacyi podał C. H. Moore z Middelesex Hospital w Londynie. Treść dokładnego opisu téj operacyi i przebiegu pooperacyjnego zawartego w Pamiętniku Akademii Umiejętności w Bolonii z lutego 1885 jest następująca:

Choroba dotyczyła 30 letniego żeglarza cieszącego się aż do obecnéj choroby dobrém zdrowiem prócz przebycia przed 5 laty kiły 1szo i 2go rzędnéj. W lutym 1883 podczas natężania się celem spuszczenia statku żaglowego na morze uczuł nagły rwący ból w brzuchu. Wkrótce wystąpiły rozpromieniające bóle w krzyżach, okolicach biodrowych i podżebrowych, których nasilenie w przeciągu roku powoli się wzmagało, poczém chory już był zmuszony leżeć. W paźdz. 1884 r. zauważano obrzęk tętnicy w podżebrzu lewém. Podczas przyjęcia do szpitala w grudniu 1884 r. znaleziono u chorego znaczny tętniący obrzęk w nadbrzuszu i podżebrzu le-

wém o głośnym szmerze najsilniéj słyszalném w nadbrzuszu. Tętno w tętnicach udowych zaledwie było wyczuwalném i znikało zupełnie podczas uciskania guza. Chory cierpiał przytém nerwobóle w odnogach dolnych, które okazały się przy badaniu chłodnemi; dolegały mu nadto częste przelewania się pokarmów w jelitach uciśniętych przez tętniak. Uważając guz ten za tętniak workowaty urazowy, usadowiony prawdopodobnie na jednéj z grubszych gałęzi tętniczych, odchodzących od aorty tuż za odejściem od pnia, Loreta zdecydował się oddzielić worek ten od zrostów i jeżeliby to było możliwém zamknąć otwór w tętnicy za pomocą okłócia albo podwiązania, albo téż wypróżnić worek, wywrócić i zaszyć; gdyby zaś każdy z wspomnianych zabiegów okazał się niemożliwym do wykonania, wypełnić worek drutem. Loreta przeniósł drut nad włosień, jedwab i inne istoty, dla powodów, które wyłuszcza i które okazują się być przekonywającemi. Uwzględnił także wstrzykiwania krzepnące, które byłyby się na nic nie przydały, jak ostateczny wynik okazał. Operacyi dokonał 19 grudnia 1884 r. za pomocą cięcia sięgającego od końca mostka (nasady nie szczytu tegoż) aż do pępka. Cięcie poprowadzono tak wysoko, ażeby możliwém było łatwe wprowadzenie ręki celem uciśnięcia guza, gdyby takowy wyłonił się po ustąpieniu działania tłoczni brzusznéj. Znaleziono luźne powierzchowne zrosty i ostrożnie je oddzielono, następnie okazały się głębokie zrosty, łączące worek z żołądkiem, krézką, okrężnicą poprzeczną i wątrobą. Większą ich część przecięto, ale oddzielenie worka od śledziony, przepony i wpustowéj części żołądka okazało się niemożliwém. W skutek tego nie można było postępować w ten sposób daléj aż do ujścia tętniaka do pnia naczynia, ani téż ucisnąć tegoż i wypróżnić. Pozostało więc rzeczą nierozstrzygniętą, czy naczyniem zwyrodniałém przez tętniak była sama aorta brzuszna, czy téż jedna z jéj wielkich gałęzi, jakkolwiek przypuszczenie pierwsze okazało się prawdopodobniejszém. Przekłuto więc guz, który w ten sposób zupełnie odsłonięto po stronie prawéj, włosowatym trokarem i wpuszczono w kaniulę tegoż posrebrzany drut miedziany w kierunku krążenia krwi, tj. z góry i strony prawéj ku dołowi i stronie lewéj. Skoro drut doznał oporu, wyciągnięto kaniulę, koniec drutu wepchnięto igłą, a miejsce nakłócia wraz z tkankami otaczającemi przeżegano lekko czystym kwasem karbolowym. Dwa metry druta wprowadzono do worka. Objawy następcze dokładnie opisano w pracy nadmienionéj. Wyleczenie było postępujące i jak się spodziewano, trwałe. Chory, który od 2 miesięcy cierpiał na bezsenność, pierwszy raz spał w nocy po operacyi, a sen przypisywał zmniejszeniu się tętnienia w tętniaku; tętno w tętnicach udowych, które było zupełnie znikło, pojawiło się na nowo. Szmer był także słabiéj słyszalnym i ustąpił 10 stycznia, a w miesiąc po operacyi obrzęk wydawał się być zupełnie skonsolidowanym i zmniejszył się aż do $^1/_4$ swojéj objętości pierwotnéj; nie tętniał więcéj z wyjątkiem ruchów udzielonych mu przez tętnicę, na któréj był usadowionym i nie można było wyczuć uderzeń jego ani w ścianych brzusznych ani klatki piersiowéj. Podżebrze, które znacznie przedtém wypukłało się nad powierzchnię ciała, przybrało objętość prawidłową. Drugiego lutego chory opuścił łóżko a pozostawszy jeszcze pod obserwacyją trzy tygodnie, opuścił szpital jako uleczony. Okres, który upłynął od dnia operacyi aż do powyższego ogłoszenia, wynosił dni 70. Takim jest zarys tego ciekawego przypadku, który dotąd jest unikatem. Nie przedsiębrano bowiem dotychczas operacyi krwawéj celem leczenik tętniaka téj okolicy i nie osiągnięto korzystnych wyników zapomocą leczenia wewnętrznego takich tętniaków ani téż przez odpowiednią dyjetę i spokój chorego. Położenie tego tętniaka tuż przy żołądku, wątrobie i okrężnicy poprzecznéj nie pozwalało zastósowania leczenia metodą Tufnella [1]). Nie potrzeba nadmieniać, że uciskanie powyżéj tętniaka było niemożliwém, uciskanie poniżéj bardzo byłoby niepewném, a uciskanie wprost tak niebezpieczną metodą, że żaden roztropny chirurg nie przedsiębrałby tego sposobu leczenia. W Anglii jedynie C. Heath ważył się na zabieg operacyjny z powodu tętniaka aorty za pomocą laparotomii, ale był zmuszony odstąpić od zabiegu. Przypadek Moora (*Medico-Chirurgical Transactions* vol. XLVII) nie wymagał odsłaniania ścian worka, gdyż tętniak wystawał ze ścian klatki piersiowéj Holmes w dziele swojém (*System of Surgery 3 ed.* Vol. III. Pag. 78) pisze: „istota użyta jest za nadto drażniącą i użycie druta jest obecnie zaniechane.“ Nie ma téż wątpliwości, jak się okazuje z przypadku Moora i preparatu zachowanego z tegoż w muzeum szpitala Middlesex, że drut wywołał zadrażnienie, będące przyczyną śmierci. Jest jednak rzeczą prawdopodobną, że ilość wprowadzonego druta (26 łokci) była za wielką i jest rzeczą pewną, że choroba w tym przypadku postąpiła do tego stopnia, że o leczeniu mowy być nie mogło. Moore sam przyznaje, że podobną konsolidacyję osiągnąć można za pomocą mniejszéj ilości druta. Gdyby tę metodę adoptowano, byłoby rzeczą wielkiéj wagi tak manipulować drutem, ażeby być pewnym, że takowy ułożył się w kłębek wewnątrz tętniaka, a nie był rozmieszczony w worku w siatce nieregularnéj. Loreta uwzględnił te uwagi Moora. Moore próbował swojéj metody w leczeniu tętniaka jamy brzusznéj jeszcze przed 20 laty, porzucił ją jednak jako bezskuteczną. Obecnie więc położenie każdego tętniaka nie może być więcéj uważane jako nieprzystępne dla rękoczynu i możemy prawie być pewni, że chirurdzy, zachęceni powodzeniem Lorety, będą próbować na nowo metody wprowadzenia obcych ciał do worka tętniaka w przypadkach, w których inne metody zawiodły i możemy się spodziewać świeżych postępów w chirurgii. Obawiać się tylko należy, aby wyż opisana operacyja nie dała bodźca do zanadto śmiałéj przedsiębiorczości chirurgów wobec przypadków, gdzie choroba znacznie postąpiła. Przypadek przez Loretę operowany przedstawiał wiele warunków korzystnych, których zazwyczaj brak w przypadkach tętniaków wewnętrznych, a temi są: że indywiduum było młode i zresztą zdrowe; że układ tętniczy żadnych zmian chorobowych nie przedstawiał; że worek był zupełnie stałym i że obrzęk był przystępnym. Mimo to trudności operacyjne były wielkie.

Po napisaniu niniejszego ogłoszenia prof. Loreta donosi o śmierci tego chorego 92go dnia po operacyi, a w trzy tygodnie po ogłoszeniu tego przypadku. Chory umarł nagle ciesząc się po operacyi zupełném zdrowiem od kilku tygodni; obrzęk jego był prawie niewyczuwalnym. Przyczyną śmierci było pęknięcie aorty w miejscu połączenia tętnicy z przednią ścianą tętniaka. Worek tętniaka skurczył się do objętości orzecha włoskiego i był w całości wypełniony skrzepami uorganizowanego włóknika. Drut miedziany był niezmieniony i zwinięty w kłębek. Prof. Loreta sądzi, że ucisk i inne zmiany wywołane w tętnicy przez skrzep mogły spro-

[1]) Sposób leczenia tętniaków powszechnie w Anglii używany polegający na stopniowym ucisku sercowéj części tętnicy (powyżéj tętniaka) za pomocą peloty. Patrz: *Erichsens Surgery 7 Edit.* Vol. II. Pag. 54 i 56. *Przypisek sprawozdawcy.*

wadzić niedostateczne odżywienie części ściany tętnicy poniżéj guza położonéj i w ten sposób sprowadziły pęknięcie części tętnicy, która bezwątpienia już przedtém była chorą. (*British medical Journal 1885 April 11, May 9*).

Dr. R. Barącz.

Wiadomości pomniejsze.

Ω **Siarko-fenolan zynkowy.** Dr. Bottini zastanawia się nad aseptyczném działaniem tego połączenia leczniczego. Siarkofenolan zynkowy krystalizuje w postaci romboedrów białych, przeświecających, rozpuszczalnych w wodzie, w wyskoku itp. Pięcioprocentowy rozczyn siarkofenolanu zynkowego wstrzymuje na długi czas powstawanie wszelkich grzybków w cieczach białkowatych. Rozczyny 10—15% zabijają w nich wszelkie bakteryje. Materyje używane do opatrunku nader łatwo dają się napoić rozczynem siarkofenolanu zynkowego i długi czas zachowują się niezmienione, działają stale jednakowo aseptycznie, sulfokarbolan zynkowy nie ma wcale własności drażniących ani błony śluzowéj ani skóry. Dla tego z korzyścią użytym być może do wstrzykiwań podskórnych do jamy opłucnowéj lub brzusznéj, jako téż do stawów. Nie wywołuje na skórze ani wyprysku, ani znieczuleń miejscowych, ani innych objawów zatrucia. B. woli jednak używać do wstrzykiwań do jam surowiczych rozczynu 2% sulfokarbolanu sodowego, jako mniéj drażniącego, a mocno aseptycznie działającego. Gdy się rozchodzi o działanie antyseptyczne, najlepiéj używać rozczynu 5% lub 10% sulfofenolanu zynkowego. 10% rozczyn działa na błony surowicze nieco żrąco. Autor zaleca także używanie pudru, zawierającego 10 części sulfofenolanu zynkowego na 90 części $MgSO_4$, przeciw wypryskom ostrym, sączącym itp. (*Rev. hebd. de thérap.*).

Ω J. Chéron poleca następującą **maść przeciw nerwicom lędźwiowo-brzusznym**, występującym jużto u kobiet w przebiegu cierpień mácicznych, jużto jako samoistne cierpienie gośćcowe:

Rp. Acidi salicylici 10·00,
Camphorae rasae 6·00
Axung. porci 45·00 f. ung.

Maść tę wciera się wielkości mniéj więcéj orzecha w okolicę bolesną, dwa razy dziennie, rano i wieczór, pokrywa się następnie miejsca natarcia kawałkiem flaneli i papieru gutaperkowego. (*Gaz. des Hôpitaux*).

(W. M.) **Przypadek otrucia strychninem.** W ostatnich czasach opisanym został przypadek otrucia strychninem, w przebiegu którego lekarz zawezwany w przeciągu dwugodzinnéj obserwacyi stwierdził następujące objawy: Chory leżał na stronie prawéj z szyją i grzbietem ku przodowi wygiętym: co kilka minut występowały skurcze kloniczne wszystkich mięśni, trwające kilka sekund, podrzucające chorego często na stopę ponad łóżko, na którém spoczywał. Oddechy krótkie, przerywane w ilości 20 do 30 na minutę, w czasie skurczu klonicznego były przerwane. Tętno 70—90 razy na minutę w czasie skurczu stawało się mniejsze i szybsze. Ciepłota ciała niepodwyższona. Chory pocił się obficie, przyczém twarz i piersi były chłodne. Twarz blada jak również i reszta ciała, późniéj zaś sina. Wyraz twarzy niespokojny i trwożliwy, gałki oczne ruchliwe często zwracają się ku górze, źrenice średnio-szerokie oddziaływają leniwo. Sensoryjum utrzymane, chory daje odpowiedzi na zapytania, opowiada ostatnie swe czynności, porusza odnogami w żądanym przez lekarza kierunku. Brzuch nigdzie niebolesny, niewzdęty, owszem nieco zapadły, wymiotów nie było. Zastosowano morfin i chloral, w chwili wstrzyknięcia podskórnego morfinu wystąpił bardzo silny napad skurczów klonicznych i dopiero przez energiczne nastrzykiwanie zimną wodą udało się wywołać napowrót oddechanie i tętno. W czasie napadu przytomność chorego była zniesioną. Napady skurczów klonicznych powtarzały się przez dwie godziny wśród utrzymującego się stale skurczu tonicznego mięśni grzbietu i karku. W ostatnim napadzie skurczów klonicznych chory życie zakończył. Badanie pośmiertne wykazało w trzewach dosyć znaczne ilości strychninu. (*W. med. Bl.*, 1885, Nr. 22, według *Correspbl. f. Schweiz.-Aerzte*).

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w maju r. 1885.

Tyfus brzuszny zaczyna się zmniejszać, w kwietniu bowiem stwierdzono go w 114 miejscowościach, w maju zaś tylko w 109 miejscowościach, a nadto liczba leczonych w maju 2553 była znacznie niższą (2923 w kwietniu) z końcem maja pozostało 606 chorych (874 z końcem kwietnia). Najwięcéj tą chorobą nawiedzonych gmin było w powiecie jaworowskim (11 gmin), w niskim (7 gmin), w jasielskim i grodeckim (po 6 gmin), w mościskim, przemyskim, rawskim, rzeszowskim, zaleszczyckim i żółkiewskim (po 5 gmin). We wszystkich tych powiatach i w poprzednim miesiącu panował tyfus najsilniéj, jedynie zmienił się porządek o tyle, że w kwietniu największą ilość nawiedzonych tyfusem gmin było w powiecie mościskim. Z 2553 leczonych chorych wyzdrowiało 1786 czyli 70%, umarło 161 czyli 6·3%, pozostało z końcem maja 606 chorych w 54 miejscowościach.

Więcéj niż 50 chorych w jednéj gminie stwierdzono: w powiecie złoczowskim w Kontach (99 chorych), w rawskim w Kamionce wołoskiéj (98), w czortkowskim w Kossowie (96), w żółkiewskim w Dzibulkach (77) i w Bojańcu (56), w kosowskim w Fereskuli (59), w grodeckim w Bratkowicach (59), w skałackim w Hlibowie (57), w kołomyjskim w Gwoździcu (56) i w sanockim w Zahytynie (51 chorych).

Tyfus plamisty jeszcze bardziéj stracił w maju na rozszerzeniu; z końcem kwietnia pozostało w 39 miejscowościach 622 chorych, w ciągu maja przybyło 981 chorych, tak że ogółem leczono 1603 osób w 66 gminach, z ogólnéj liczby leczonych wyzdrowiało 1132 czyli 70·6%, umarło 78 czyli 4·9%, pozostało 393 chorych w 33 gminach. Najwięcéj tą chorobą nawiedzonych gmin było w powiecie drohobyckim (11 gmin), w samborskim (6 gmin), w brzeżańskim i rohatyńskim (po 5 gmin), w tarnopolskim (4 gmin). Więcéj niż 50 chorych w jednéj gminie stwierdzono w maju w powiecie brzeżańskim w Kozłowie (80) i Helenkowie (56), w drohobyckim w Dołhem ad Medenice (67), w Słońsku (51) i w Urożu (60), w powiecie rohatyńskim w Babińcach (57), w rzeszowskim w Woli zgłobieńskiéj (81), w samborskim w Dublanach (61), w stanisławowskim w Kozinie (67), w staromiejskim w Starorope (121).

Tyfus powrotny stwierdzono w jednéj gminie (Rogóżno) w pow. jaworowskim, z 17 leczonych chorych wyzdrowiało 3, tyleż umarło, 11 pozostało w leczeniu.

Szkarlatyna wzmaga się ponownie. W kwietniu leczono takich chorych 593, z tych 136 pozostało z końcem miesiąca, w ciągu maja przybyło 707, tak że w ogóle w maju leczono 843 chorych dotkniętych płonicą. Z tych wyzdrowiało 569 czyli 67·5%, umarło 118 czyli 14%, pozostało w leczeniu 156 osób w 15 gminach. Najwięcéj dotknięte tą chorobą są powiaty rohatyński (4 gmin) i staromiejski (3 gmin).

Dyfteryję stwierdzono w dwu miejscowościach dwu całkiem od siebie oddalonych powiatów, w zaleszczyckim i żywieckim. Z 32 leczonych chorych wyzdrowiało 18 czyli 56·3%, umarło 10 (wszyscy w pow. zaleszczyckim) czyli 31%, pozostało w leczeniu w końcu maja 4 chorych.

Czerwonka panowała w maju w 3 gminach, mianowicie w pow. brzozowskim w Dynowie i w przedmieściu dynowskiém, oraz w Sieniawie w powiecie nowotarskim. Z 66 leczonych chorych wyzdrowiało 43 czyli 65·2%, umarło 7 czyli 10·6%, pozostało w jednéj gminie 16 chorych.

Odra, która w kwietniu znacznie się zmniejszyła, w maju znowu rozszerzyła się, lecz nie do tego stopnia jak w marcu.

W maju stwierdzono odrę w 30 powiatach, w 102 miejscowościach, przeważnie w powiatach zachodnio-południowych i zachodnich, a mianowicie najwięcéj jak w poprzednich miesiącach w pow. żywieckim, daléj w sąsiednim myślenickim, sądeckim, gorlickim, niemniéj w tarnowskim i krakowskim powiecie. Z 5644 leczonych chorych wyzdrowiało 4079 czyli 72·3%, umarło 213 czyli 3·8%, pozostało w leczeniu 1352 w 50 miejscowościach.

Liczba chorych dotkniętych krztuścem, a leczonych w maju była mniejszą niż w kwietniu (mianowicie w maju 1637 w kwietniu 1922), natomiast liczba pozostałych z końcem miesiąca maja jest nierównie większą, niż w kwietniu (742 przeciw 395), szczególnym powodem tego jest rozszerzenie się krztuśca w niektórych powiatach, jak w myślenickim, stanisławowskim (tu ze szczególnie silną śmiertelnością). Z 1637 leczonych w maju chorych na krztusiec wyzdrowiało 816 czyli 49·9%, umarło 79 czyli 4·8%, pozostało 742 osób.

Ospa wzmaga się coraz więcéj; i tak gdy w kwietniu sprawdzono ją w 68 gminach u 1137 chorych, w maju sprawdzono ją w 83 miejscowościach u 1415 chorych, także i śmiertelność z ospy wzmogła się w maju. Najwięcéj rozszerzyła się ospa w powiecie gorlickim, gdyż w tym jednym powiecie stwierdzono w 18 gminach u 343 chorych, z których 49 umarło, w powiecie sądeckim znacznie zmniejszyła się liczba dotkniętych gmin (w kwietniu 17, w maju 10), tożsamo i liczba chorych (w kwietniu 302, w maju 264), lecz natomiast liczba chorych pozostałych z końcem miesiąca znacznie się wzmogła (w kwietniu 27, z końcem maja 91), daléj stwierdzono ospę w powiatach limanowskim, grybowskim i gródeckim, w każdym w 6 gminach, w dolińskim i myślenickim w 5ciu gminach. W ogóle zaś w całym kraju sprawdzono w stolicy kraju i 82 gminach 1415 chorych, z tych wyzdrowiało 571 (70·5%) szczepionych, 285 (47·1%) nieszczepionych, umarło 50 (6·2%) szczepionych i 171 (28·8%) nieszczepionych; pozostało w leczeniu 189 szczepionych i 149 nieszczepionych.

Znaczniejszą ilość (wyżéj 25) chorych stwierdzono: w mieście Lwowie (106), w Rajbrocie w pow. bocheńskim (28), w pow. brzeskim w Iwkowy (68), w pow. gorlickim w Bystry (31), w Łużny (44), w Pętny (36) i w Rzepienniku suchym (30), w limanowskim w Niedźwiedziu (33) i Podobinie (28), w pow. sądeckim we wsi Krynicy (45), w Muszynie (68), w Tyliczu (34) i w Kokuszce (29).

Lwów, dnia 15 czerwca 1885. *Dr. Józef Merunowicz.*

* **Cholera** wzmaga się w Hiszpanii w prowincyi Walencyi. W małém mieście Alberique zachorowało dotąd 159 osób, z których już umarło 59. Również sroży się choroba w sąsiedniéj prowincyi Murcyi, zwłaszcza w stolicy tego samego nazwiska, liczącéj do 100,000 mieszkańców. Wreszcie i w Madrycie samym już kilka było przypadków śmierci. Zachodzi obawa, aby epidemija nie przeniosła się na wyspy balearskie a ztamtąd do Francyi lub Włoch.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 24—30 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 46,8. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 3 (5 z. t.); z błonicy 2 (3 z. t.); z róży 1 (0 z. t). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach odry, 5 płonicy, 4 krztuśca, 3 duru brzusznego. W tygodniu od 17—23 maja umarło skutkiem ospy w Londynie 28, leczyło się w szpitalach 1442, świeżo zapadło 297. W Wiedniu zachorowało na ospę 104, a umarło 21. W Madrasie i Aleksandryi umarło po 1, w Warszawie, Pradze i Manchestrze po 2, w Paryżu, Rzymie i Wenecyi po 4, w Petersburgu 5, w Odesie 6, w Kalkucie 9. Z duru osutkowego umarło w Londynie 2, w Rzymie 1. Z cholery umarło w Madrasie 5, w Kalkucie 96, w Bombayu 29.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 17—23 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 47,6; w Warszawie 29,4; w Poznaniu 22,3; w Wiedniu 33,2; w Pradze 38,4; w Berlinie 23,2; w Hamburgu 26,0; we Wrocławiu 33,7 w Gdańsku 23,5; w Mnichowie 37,7; w Dreźnie 25,4; w Lipsku 25,9; w Bazylei 22,7; w Brukseli 21,3; w Amsterdamie 24,2; w Hadze 23,6; w Paryżu 25,0; w Londynie 19,9; w Kopenhadze 23,9; w Stokholmie 28,1; w Chrystyjanii 24,0; w Petersburgu 32,0; w Odesie 28,1; w Rzymie 25,5; w Wenecyi 21,1; w Bukareszcie 29,1; w Aleksandryi 33,7; w Nowym Yorku 29,2; w Filadelfii 22,6; w Bombayu 29,0; w Madrasie 36,1. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 czerwca. Na ostatniém posiedzeniu Wydziału lek. wybrany został dziekanem na rok przyszły prof. Blumenstok, a delegatem do Senatu na 3 lata prof. Jakubowski. Następnie przedłużono asystenturę Drowi Marcisiewiczowi na 2 lata a Drowi Wachtlowi na rok jeden; wreszcie Drd. Walery Momidłowski przedstawiony został Ministerstwu do zatwierdzenia jako prow. asystent przy katedrze patologii ogólnéj i doświadczalnéj.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego odbyła się dyskusyja nad wykładem Dra Wiczkowskiego o antipyrynie, poczém Dr. Bossowski czytał rzecz o cholerze pod względem etyjologicznym i okazał hodowle prątka przecinkowego Kocha.

* Dr. Wenanty Piasecki temi dniami wyjechał do Zakopanego, aby podczas sezonu kierować zakładem tamecznym hydropatycznym. Gościom tam udającym się nastręcza się więc dobra sposobność korzystania z zakładu i rad specyjalisty.

* W Cieplicach czeskich bawiło do d. 11 bm. gości 2164, w Gleichenbergu do d. 10 bm. 1330, w Giesshüblu 110, w Luhaczowicach 220.

* **Krynica.** Otrzymaliśmy pismo następujące:

Szanowna Redakcyjo! Lekarzy bawiących w tutejszym Zakładzie zdrojowym dochodzą z różnych stron zapytania, czy panują tu jakie choroby zakaźne, mianowicie ospa? czy Zakład w ogóle otwarty? itp. Gdy zaś w rzeczywistości stan zdrowotny w całym Zakładzie jest najpomyślniejszy, nie ma tu ani jednego przypadku choroby zakaźnéj, Zakład od 15 maja otwarty, a przeszło 100 gości z największą swobodą używa tu leczenia zdrojowo-kąpielowego, lekarze, wykonywaniem lekarskiém tu się zajmujący, postanowili, w celu położenia końca wszelkim bezpodstawnym i złośliwym baśniom i uwolnienia się raz na zawsze od zbytecznych w téj mierze korespondencyj z publicznością, udać się do pośrednictwa dzienników krajowych i zaprzeczyć owym pogłoskom na szkodę Zakładu i pośrednio całego kraju rozsiewanym.

Upraszamy więc uprzejmie, szanowna Redakcyja raczy w swoim dzienniku umieścić załączone zaprzeczenie.

(podpisano:) *Dr. Blatteis* m./p., *Dr. Ebers* m./p., *Dr. Murdziński* m./p., *Dr. Skórczewski* m./p. *Dr. Lorentski* m./p.

* **Poznań.** W sobotę 20 bm. odbędzie się walne zebranie Wydziału lek. Tow. Przyj. Nauk.

* **Budapeszt.** Minister Oświecenia p. Tréfort oświadczył się przeciw zbytniemu rozdrabnianiu przedmiotów wykładowych ze strony docentów prywatnych, uważa je bowiem za sprzeczne z przeznaczeniem instytucyi docentów, albowiem grozi ono niebezpieczeństwem, że docenci oddadzą się repetycyi prostéj, zabijającéj ducha samodzielnego. Zarazem oświadcza minister, że na przyszłość podobnym habilitacyjom odmówi swego potwierdzenia.

(W.) **Rosyja. Petersburg.** Z powodu jubileuszu profesora charkowskiego N. N. Bekietowa akademija wybrała go członkiem honorowym. — Dr. Pawłowskij mianowany został docentem prywatnym anatomii patologicznéj. — Dr. Poznańskij wysłany został do Włoch i Francyi dla obznajomienia się z epidemiją cholery w tych krajach i środkami jéj zwalczenia. — Na trzecim Zjeździe lekarzy w Kiszyniewie między innemi postanowiono wydawać „*Epidemjołogiczeskij listok*“, gazetę poświęconą wyłącznie chorobom epidemicznym gubernii Besarabskiéj. **Charków.** Zmarł tu 27 maja docent Z. J. Strielców, znany przez swą pracę o budowie kości.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Docenci prywatni: rodak nasz Hofmokl, daléj Wölfler, Ultzmann i Mauthner (asystent prof. chemii lek. Ludwiga) mianowani zostali profesorami nadzw.

* **Odznaczenia.** Prof. Billroth otrzymał wielką wstęgę z gwiazdą orderu portugalskiego św. Jakóba, prof. Arlt perski order słońca i lwa 3éj klasy, a prof. Albert krzyż kawalerski greckiego orderu Zbawiciela.

* **Nekrologija.** W Nałęczowie w Król. Polskiém umarł Dr. Fortunat Nowicki w 51 roku życia, urodzony na Wołyniu, wychowaniec Uniw. kijowskiego. Liczne są prace jego treści balneologicznéj oraz nielekarskie pod pseudonimem Syroczyńskiego ogłoszone.

W Paryżu umarł słynny lekarz Guéneau de Mussy a w Strasburgu bakteryjolog Dr. Fitz.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 24: Smoleńskiego: O naukowych podstawach hydroterapii (Wykład habilitacyjny); Biegańskiego: O naczynio-ruchowém oddziaływaniu skóry i o sztucznéj pokrzywce *(urticaria factitia)* (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 24: Chałubińskiego: O cholerze; Łychowskiego: Spostrzeżenia nad leczeniem krupu.

Redakcyja otrzymała:

Sprawozdanie z czynności Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego na rok 1884. Poznań 1885, in 8vo str. 200.

Dr. W. JAWORSKI: Uiber die Wirkung des Karlsbader Thermawassers auf die Magendarmfunction. (Aus der med.-Klinik des Hrn. Korczyński in Krakau). Leipzig 1885. (Odbicie z „D. Archiv. f. klin. Med.“) in 8vo str. 96.

Dr. HÖRING: Bericht über d. 25 j. Wirksamkeit d. Privat-Augenheilanstalt in Ludwigsburg. Stuttgart 1885 in 8vo str. 20.

Dr. BOGDANIK: Przypadek poprzecznego złamania rzepki. (Odbitka z „Przeglądu Lek.“), in 8vo str. 14.

Dr. JANKOWSKI (w Heidelbergu): Lähmungen der Kehlkopfmuskeln nach Kropfexstirpation. (Odbicie z „D. Zeitschr. f. Chir.) in 8vo str. 41.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 24 bm. o godzinie 6éj wieczorem w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie nadzwyczajne, na którém miejsce mieć będzie dalszy ciąg dyskusyi nad działaniem leczniczém antipyryny.

Na fundusz portretu śp. prof. Kozubowskiego złożyli: Dr. Długołęcki z Kent 1 złr., Dr. Kopernicki z Krakowa 3 złr., Dr. Zawadziński z Nowego Targu 2 złr., co czyni razem z poprzednio złożonemi składkami kwotę 289 złr. 15 ct.

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Katalog księgarni Kleinsingera w Warszawie i Regulamin Fürstenhofu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszénie konkursu.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 19 Maja rb. do L. 25031, rozpisuje się konkurs na trzy posady asystentów lekarskich, przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie na lat dwa, które przy zadawalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.

Do posady asystenta lekarskiego przywiązaną jest płaca 500 złr. w. a. rocznie, bez żadnego dodatku. Ubiegający się kandydaci do tych posad powinni wykazać:

1. Wiek, stan i miejsce urodzenia.
2. Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.
3. Stopień Doktora medycyny, lub wszech nauk lekarskich, uzyskany na jednéj z Wszechnic Państwa austryjackiego.

Podania wnosić można do dnia 15 Lipca rb. na ręce Dyrekcyi szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio, lub za pośrednictwem swéj Władzy przełożonéj, jeżeli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Lwów dnia 1 Czerwca 1885.

Dyrekcyja kraj. szpitala powszechnego.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam. 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 27 czerwca 1885. № 26. Rok XXIV.

I. Z pracowni fizyjologicznéj prof. Tarchanowa w Petersburgu.

Słów kilka o wynikach badań, dokonanych za pomocą fotohemotachometru.

Podał Dr. Napoleon Cybulski.

W numerach 11 i 12 *Przeglądu Lekarskiego* z r. b. opisałem przyrząd, który nazwałem fotohemotachometrem, obecnie w krótkim rysie podaję wyniki jego zastosowania w badaniach nad prędkością ruchu krwi.

Nasamprzód założyłem sobie zbadać zmiany zachodzące w prędkości ruchu krwi w *aa. carotis* i *femoralis* podczas jednéj ewolucyi serca. Prace w tym przedmiocie ogłoszone są bardzo nieliczne. W każdym razie jednak nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że prędkość ruchu krwi podczas jednéj ewolucyi serca znacznym podlega zmianom, mianowicie zależnie od momentu skurczu lub rozkurczu serca.

Dotychczas graficzny obraz tych zmian otrzymany był tylko przez Lorteta (*Recherches sur la vitesse du cours du sang dans les artères du cheval.* Paryż, 1867) za pomocą odpowiedniego zmodyfikowania hemodromometru Chauveau'a. Z saméj istoty zastosowanéj w tym przyrządzie metody wynikło, że zmiany prędkości ruchu krwi mogły być przedstawione tylko jakościowo. Ująć te zmiany ilościowo próbował jeszcze wcześniéj Vierordt za pomocą swego tachometru. Z poszukiwań tego ostatniego badacza (*Die Erscheinungen und Gesetze der Stromgeschwindigkeit des Blutes.* Frankfurt n./M., 1858) wypada, że prędkość ruchu krwi w *a. carotis* wzrasta o 24%, w *a. cruralis* zaś o 32% podczas skurczu w miarę prędkości ruchu krwi w tych samych naczyniach podczas rozkurczu serca. Nadto Chauveau za pomocą pierwszéj modyfikacyi swego przyrządu znalazł u koni znacznie większą różnicę w prędkości pomiędzy chwilą rozkurczu a chwilą skurczu.

Co się tyczy wyników moich badań, nasamprzód muszę zaznaczyć, że otrzymane za pomocą mojego przyrządu fotogramy zmian ruch krwi u zwierząt normalnych posiadają cechy specyficzne całkiem różne od określeń graficznych, dokonanych przez Lorteta. Zmiany te przedstawiają się w następującéj formie (Przegląd Lekarski Nr. 12):

Wkrótce po skończeniu skurczu serca prędkość krwi wzrasta, co na fotogramach daje się rozpoznać przez wystąpienie pierwszéj fali. Po tém zwiększeniu się prędkości następuje bardzo krótkotrwałe zmniejszenie, poczém prędkość znowu po raz wtóry wzrasta i znów powtórnie i stopniowo wolnieje ku końcowi chwili rozkurczowéj. Ztąd wypada, że na fotogramie podczas jednéj ewolucyi serca występują następujące zjawiska: pierwsza fala odpowiada powiększeniu się prędkości wraz ze skurczem serca, falę tę nazywam skurczową; po niéj następuje nieznaczne na fotogramie opadnięcie w kształcie ząbkowatego zagłębienia, jestto pierwsze zwolnienie prędkości, dolinę tę nazwałem przeddykrotyczną. Druga fala odpowiada nowemu wzrostowi prędkości: jestto fala wzgl. prędkość dykrotyczna. Nowe zagłębienie, następujące ku końcowi każdéj ewolucyi serca, odpowiada zmniejszeniu prędkości, wzgl. fala rozkurczowa.

Zmiany tych wartości w stosunku do rozmaitych innych czynników są następujące:

1) Przez jednoczesne oznaczanie na fotogramie zmian ciśnienia bocznego w *a. brachialis* i prędkości ruchu krwi jakiejkolwiekbądź innéj tętnicy otrzymujemy ten rezultat, że *maximum* prędkości o nie wiele wyprzedza chwilę *maximum* ciśnienia. Zupełnie to samo wykazał już zresztą Lortet.

2) Przez takież samo jednoczesne fotografowanie uderzeń serca, co się bardzo łatwo osiągnąć daje za pomocą kardiografu, równocześnie z falą tętnicy, możemy wyliczyć różnicę w czasie pomiędzy uderzeniem serca a zjawieniem się fali w tętnicy. Z całego szeregu odnośnych badań, dokonanych specyjalnie w tym celu, doszedłem do wniosku, że skurczowe *maximum* prędkości w *art. carotis* zjawia się po upływie 0·14″, a w *art. femoralis* po upływie 0·19″ od

chwili uderzenia serca, czyli, że skurczowe *maximum* w *a. carotis* występuje o całe 0·05″ wcześniéj niż w *a. femoralis*.

3) Przy ilościowém wyliczeniu wartości szybkości ruchu krwi (wartość *h*) z fotogramów okazało się, że prędkość systoliczna w *art. carotis* jest nieco mniejszą, niż prędkość dykrotyczna w téj samćj tętnicy. W *art. cruralis* zaś prędkość systoliczna jest stale większą od prędkości dykrotycznéj. Wzmiankowaną dopieroco właściwość, cechującą prędkość w *art. carotis*, natrafia się tylko u zupełnie normalnych zwierząt i znika ona nieraz wobec wielu warunków. Tak np. znika ona śród podniesienia się tętna, śród zmęczenia zwierzęcia itp.

Jeżeli przypuścimy prędkość w *art. carotis* podczas skurczu równą 100, w takim razie w chwili fali dykrotycznéj wzrasta ona średnio o 2,1%, a podczas rozkurczu spada o 40%, w *art. femoralis* zaś podczas fali dykrotycznéj zmniejsza się o 13%, a podczas rozkurczu o 52%. W tym razie na szczególną uwagę zasługuje fakt wzrastania prędkości dykrotycznéj w *art. carotis*. Nie wdając się w szczegółowe wyjaśnienie tego faktu, zaznaczę tylko, że najprawdopodobniéj fakt ten daje się wytłumaczyć w następujący sposób: Na krótką chwilę przed skurczem serca w tętnicach istnieje, jak wiadomo, bardzo powolna prędkość krwi (objawiająca się na fotogramach w niskiéj wartości *h*). W chwili skurczu znaczna część siły skurczowéj przypada na nadanie całemu słupowi krwi w tętnicy pewnéj większéj prędkości. Fala zaś dykrotyczna przypada już wtedy, gdy krew ma znaczną prędkość. Jeżeli więc w takim razie prędkość ta w chwili dykrotycznéj jest przybliżoną do prędkości podczas skurczu, to samo się przez się rozumie, że nowa fala prędkość tę jeszcze powiększy i w ten sposób w ostatecznym wyniku otrzymać możemy jeszcze ten dziwny fakt, że prędkość w chwili dykrotycznéj może być większą od prędkości w chwili skurczowéj.

4) Dla określenia średniéj prędkości w czasie jednéj ewolucyi serca należy brać w rachubę wartość średnią wyżéj wymienionych składników, jakoto: wartość ruchu skurczową przeddykrotyczną, dykrotyczną i rozkurczową. Z tych wartości otrzymujemy średnię dla prędkości ruchu krwi w tętnicach w czasie jednéj ewolucyi serca.

W dalszym ciągu moich badań zająłem się kwestyją określania wpływu rozmaitych warunków na ruch krwi.

5) Nasamprzód wziąłem pod uwagę wpływ oddechania. W tym celu zastosowałem środek umożliwiający równoczesne odfotografywanie na tych samych fotogramach krzywéj oddechowéj, co zresztą bardzo łatwo uskutecznić można przy pomocy pneumografu, pomieszczonego na piersiach zwierzęcia i połączonego z bębenkiem powietrznym, którego drążek porusza się przed szczeliną mojego aparatu fotograficznego. W niektórych doświadczeniach, dzięki stosownemu urządzeniu, na tych samych fotogramach otrzymałem nadto jednocześnie określenia fotograficzne ciśnienia bocznego w *art. brachialis*. Z doświadczeń tych okazało się, że prędkość ruchu krwi zmienia się zupełnie równolegle ze zmianą ciśnienia, a mianowicie *maximum* przypada na początek wydechu, albo też na koniec wdechu. Zjawisko to utrzymuje swój charakter niezależnie od tego, czy spostrzegamy je na *art. carotis*, czy też na *art. cruralis*.

6) Z szeregu średnich prędkości dla każdéj ewolucyi serca możemy określić średnią prędkość ruchu krwi dla mniéj lub więcéj długiego przeciągu czasu. Z moich doświadczeń podług obrachowania ilościowego, dokonanego na zasadzie otrzymanych fotogramów, wynosi średnia prędkość u psa dla *art. carotis* 250 milimetrów, a dla *art. cruralis* 270mm. na 1″. W tém miejscu należy uczynić zastrzeżenie, że prędkości téj nie możemy uznawać za normalną, a to z powodu tych warunków, w jakich się znajduje zwierzę, poddane doświadczeniu. Warunki te, jakkolwiek z pozoru nieznaczne, mogą znakomicie wpływać na prędkość krwi. Do takich trzeba zaliczyć np. działalność przyspieszoną serca, napięcie naczyń, niezwykłe położenie ciała, przymusowe unieruchomienie itd.

Jako dowód mogę przytoczyć tutaj wyniki doświadczenia, przedsięwziętego dla zbadania ruchu krwi u psa śród możliwie normalnych warunków. Pies nie był wcale przywiązany do deski, jak to się zwykle dzieje, lecz ugłaskany i uspokojony stał wolno w pozycyi zwykłéj na wszystkich czterech nogach. Jak się okazało, prędkość śród tych warunków jest o 10% niemal większą, aniżeli śród warunków nienormalnego położenia zwierzęcia. Średnia prędkość u stojącego wolno psa wynosi w *art. carotis* 296mm., u przywiązanego zaś 267mm.

7) Wielkość wpływu oddechu na prędkość ruchu krwi najlepiéj daje się ocenić przez dokonanie tracheotomii u psa. Przed tracheotomiją prędkość krwi przedstawia bardzo wybitne fale oddechowe, podczas gdy po tracheotomii fale te zupełnie znikają. Fale, odpowiadające każdéj ewolucyi serca, pozostają po tracheotomii bardzo do siebie podobne i zupełnie równe. Oddechowych wahań nie ma wcale. Przytém średnia prędkość ruchu zmniejsza się o 20% (przed tracheotomiją = 354, po tracheotomii = 284).

8) Badania dokonane nad prędkością ruchu krwi w żyłach wykazały, że ilość krwi przepływającéj przez żyłę szyjną, jest cokolwiek mniejszą od średniéj ilości, przepływającéj przez tętnicę *carotis* i nadto, że w żyłach zachodzą zmiany prędkości, na które głównie wpływa oddechanie. *Maximum* prędkości wypada przy końcu wdechu, *minimum* zaś jednocześnie z końcem wydechu. Nadto w żyłach szyjnych dają się zauważyć pewne zmiany zależne od ruchów serca.

Przechodząc z kolei do wpływu chloroformu, kurary i asfiksyi, zaznaczam:

9) Że podczas chloroformowania prędkość zmienia się w następujący sposób: Nasamprzód nieco się podnosi, w czasie następującego podniecenia opada i równocześnie ze zwolnieniem tętna podczas narkozy opada powtórnie. Przez cały ciąg narkozy pozostaje prędkość bardzo stałą i niezmienną. Z podniesieniem się tętna śród przebudzenia następuje nowy wzrost prędkości.

10) Zatrucie zwierzęcia kurarą wywołuje stopniowe, ale stałe obniżenie prędkości, jak to najlepiéj daje się dostrzedz z następującego wypadku:

Przed zatruciem kurarą=295 mm.
Po zatruciu kurarą=137 mm.

11) Uduszenie wywołuje z początku nieznaczny wzrost prędkości, następnie zaś stopniowe zmniejszenie się, które jednak śród zjawiającego się zwolnienia tętna może przejść w powiększenie. Jeżeli stan asfiktyczny trwa jeszcze daléj, wtedy prędkość zaczyna opadać i w końcu staje się mniejszą jeszcze od normalnéj.

13) Najbardziéj jednak zaciekawiała mnie kwestyja wpływu postawy ciała na prędkość ruchu krwi. W tym kierunku dotychczas istnieją tylko badania i doświadczenia Grifitha (*On Haemodynamics. The British and Foreign Medico-Chirurgical Review*. Vol. XLII. 1864 roku stronica

476—478.) wykonane nad *art. carotis*. Brak doświadczeń w téj dziedzinie daje się tłumaczyć tylko brakiem odpowiednich przyrządów, ze saméj bowiem natury używanych dotychczas przyrządów wynika, że badania mogły być wykonywane tylko na zwierzętach unieruchomionych. Fotohemotachometr dał mi możność zbadać i tę wielce ciekawą kwestyję. W doświadczeniach moich, w tym celu przedsięwziętych, określałem prędkość w *art. carotis* i *art. cruralis* raz przy postawie pozioméj zwierzęcia, drugi raz przy postawie pionowéj, i to dwojako: albo głową w górę, albo głową na dół. Szczególniejszą uwagę zwróciłem na zachodzące stopniowe zmiany w prędkości śród przejścia z jednéj postawy w drugą. Jakkolwiek dotychczas wykonałem badania na 8 zwierzętach, trudno mi jednak wyprowadzić w téj kwestyi ogólne prawo; rezultaty, dotychczas otrzymane, nie są wcale zgodne ze sobą, jakby się to na pierwszy rzut oka wydawało koniecznėm. To zaś, co dotychczas znalazłem, przedstawia się mniéj lub więcéj w ten sposób:

a) Przy postawie pionowéj, głową na dół, prędkość krwi z początku znacznie wzrasta w *art. carotis* i opada w *art. femoralis*; po niejakim czasie, zazwyczaj po upływie 2—3 sekund, zaczyna stopniowo opadać w *art. carotis* i wzrastać w *art. femoralis*. Jako ostateczny wynik możemy nawet otrzymać, że i w *art. carotis* i w *art. femoralis* być może prędkość większa niż przy poziomėj postawie zwierzęcia. Zdaje się to jednak zależeć od indywidualnych właściwości zwierzęcia, gdyż u jednych osobników dostrzegłem w tym wypadku wzrost, u innych zaś zmniejszenie się prędkości.

b) Co się tyczy żył, to w pierwszéj chwili po zmianie poziomėj postawy na pionową głową na dół, znajdujemy, iż prędkość krwi w żyle szyjnéj, (*vena jugularis externa*) równa się zeru. Potém powoli podnosi się stopniowo, lecz zawsze zostaje niższą niż przy poziomėj postawie zwierzęcia. Prędkość zaś przy takiéjże zmianie położenia w *vena femoralis* w pierwszéj chwili znacznie się podnosi, potém opada, lecz ostatecznie pozostaje nieco niższą, niż przy poziomėj postawie.

c) Przy postawie pionowéj, głową do góry, zrazu prędkość w *art. carotis* opada wzrastając jednocześnie w *art. femoralis*, lecz po krótkim przeciągu czasu zaczyna zmniejszać się w *a. femoralis* i ostatecznie staje się mniejszą niż przy poziomém położeniu.

W żylach nożnych zachodzą zmiany odwrotne w stosunku do zmian prędkości, opisanych w punkcie poprzednim.

O ile można wnosić z dotychczasowych badań, zmiany, zachodzące w prędkości ruchu krwi śród wymienionych warunków, nie są bynajmniéj zależne od działalności nerwów błędnych, ani też od zatrucia kurarą, ponieważ i w tych wypadkach otrzymane obrazy fotograficzne jakościowo nie różnią się od obrazów, otrzymanych bez przecięcia nerwów błędnych i bez zatrucia kurarą. Należy jednak w tém miejscu zrobić zastrzeżenie, mające w téj sprawie pewne znaczenie, a mianowicie, że doświadczenia moje dotyczące prędkości ruchu krwi w naczyniach przy zmianie postawy ciała odnoszą się tylko do bardzo krótkiego przeciągu czasu; zwykle czas trwania obserwacyi wynosił 30—60 sekund. Bądźcobądź jednak sądzę, iż mam zupełne prawo zwrócić w chwili obecnéj uwagę na to, że przy pozycyi pionowéj głową na dół prędkośc ruchu krwi w *art. femoralis* w pewnych wypadkach wzrasta. Objaśnienie tego faktu odkładam do specyjalnéj pracy w téj kwestyi.

Oprócz wyżéj wymienionych kwestyj badałem jeszcze wpływ przecięcia i podrażnienia niektórych nerwów na prędkość ruchu, a mianowicie wpływ przecięcia i podrażnienia błędnych, sympatycznych, kulszowych *(ischiadici)* i goleniowych *(cruralis)*.

a) Nerwy błędne. Po przecięciu obu nerwów błędnych występuje wraz ze znaczném przyspieszeniem tętna zwiększenie się prędkości ruchu krwi tak w *art. carotis* jak i w *art. cruralis*. To pierwotne przyspieszenie po niejakim czasie zmniejsza się cokolwiek, zawsze jednak prędkość pozostaje w ciągu 2—3 godzin po przecięciu większą od normalnéj; obok tego zmniejsza się różnica pomiędzy prędkością skurczową a rozkurczową. Fale dykrotyczne w skutek znacznego przyspieszenia tętna nie dają się zauważyć. Opisane dopieroco zmiany zachodzą u zwierząt w stanie normalnym. Jeżeli zaś obserwujemy zmiany szybkości krwi po przecięciu nerwów błędnych u zwierząt zatrutych przedwstępnie kurarą, to prędkość krwi w *art. femoralis* wzrasta bardzo nieznacznie stosunkowo do prędkości w téj saméj arteryi przed przecięciem, i nieco więcéj w *art. carotis*. Ten więc fakt, że różnica prędkości w *art. femoralis* jest niewielką, a stałą tylko jest różnica prędkości w *art. carotis*, upoważnia nas już w tém miejscu do przypuszczenia, że wzrost prędkości ruchu krwi w całym organizmie zależy głównie od przyspieszenia tętna. Co się zaś tyczy zjawiska, obserwowanego przy określeniu prędkości krwi w *art. carotis*, to zmiany w niéj zachodzące zależą nadto, jak się zdaje, od nerwów naczynio-ruchowych, przebiegających w nerwach błędnych.

Moje doświadczenia nad zmianami prędkości ruchu krwi występującemi po przecięciu nerwów współczulnych potwierdzają najzupełniéj doświadczenia Chauveauego w téj kwestyi wykonane. Tak np. okazuje się, że przecięcie nerwów współczulnych wywołuje wzrost prędkości w *art. carotis* po téj saméj stronie, i zmniejszenie się prędkości po stronie przeciwległéj, a odwrotnie podrażnienie tych nerwów wywołuje zmniejszenie się prędkości po téj saméj stronie i przyspieszenie ruchu po stronie przeciwnéj. Zjawiska te występują nie natychmiastowo po podrażnieniu, lecz dopiero po upływie około $^1/_2$ minuty.

b) Przecięcie nerwów kulszowych wywołuje wzrost prędkości ruchu krwi w *art. femoralis* po téj saméj stronie i to zarówno u zwierząt zatrutych kurarą, jako też i u zwierząt normalnych. Podrażnienie obwodowego końca tegoż samego nerwu wywołuje zmniejszenie się prędkości.

c) Po zadrażnieniu nerwów czuciowych spotykamy bardzo znaczne zmiany w prędkości ruchu krwi w *art. carotis* i w *art. femoralis*, np. po podrażnieniu dośrodkowego końca nerwu błędnego, *laryngei superioris, ischiadici, cruralis* znajdujemy zazwyczaj w pierwszéj chwili zmniejszenie się prędkości ruchu (i to zwolnienie ruchu krwi jest u zwierząt niezatrutych kurarą bardzo znaczne), poczém następuje wraz ze współczesnym stanem podniecenia u zwierzęcia wzrost prędkości ruchu krwi, który jednak często trwa i nadal, nawet po ustaniu podniecenia, przez czas mniéj albo więcéj długi. Zmiany te, o ile teraz już wnosić można z dokonanych doświadczeń, zależą w stopniu daleko większym od wpływu nerwów naczynio-ruchowych i oddechania, aniżeli od działalności serca. Jako dowód tego przypuszczenia służyć może naprzykład ten fakt, że też same zmiany występują w równéj sile i po przecięciu nerwów błędnych.

Współcześnie dokonywane badania ciśnienia bocznego krwi w tętnicach wykazują nam tutaj, że w warunkach na

têm miejscu opisanych nie istnieje wcale współrzędność i równoległość zmian ciśnienia i zmian prędkości ruchu krwi. Bardzo często obok podnoszenia się ciśnienia bocznego w stanie podniecenia spotykamy jednoczesne zmniejszenie się prędkości ruchu krwi w badanéj tętnicy i odwrotnie, po zaprzestaniu podrażnienia, wraz ze zniżaniem się ciśnienia bocznego obserwujemy wzrastanie prędkości.

Rzecz oczywista, iż zmiany te zależą od zwężania się naczyń. Jednakowoż bądź co bądź, rozpatrując się w fotogramach i zwróciwszy szczególną uwagę na wzajemny stosunek do siebie krzywéj ciśnienia bocznego i krzywéj wartości *h*, widzimy, że nawet w czasie tego nowego stanu naczyń (zwężenia) zachowuje się stale jedno i toż samo prawo, a mianowicie, że podniesieniu się ciśnienia towarzyszy pewien wzrost prędkości ruchu krwi.

d) Przecięcie rdzenia kręgowego na wysokości IIgo kręgu szyjnego wywoływało bardzo znaczne zmniejszenie się prędkości. Podrażnienie zaś odśrodkowego końca rdzenia odwrotnie nieznaczne podniesienie się prędkości.

e) Co się tyczy wpływu zaciskania pewnych naczyń na ruch krwi w innych naczyniach, to w téj kwestyi wyniki moich badań nie zupełnie zgadzają się z rezultatami innych autorów, ale za to w zupełności odpowiadają zasadom hydrauliki. Z doświadczeń moich wynika, że zaciśnienie pewnego naczynia wpływa w sposób mniejszy albo większy na prędkość w innych naczyniach. Jako najwybitniejszy dowód tego zjawiska posłużyć może doświadczenie, określające prędkość ruchu krwi w jednéj *art. carotis* przed i podczas zaciśnięcia *art. carotis* po drugiéj stronie, albo téż przy zaciśnięciu aorty. Zaciskanie zaś *art. cruralis* wywiera już daleko mniejszy wpływ na prędkość w drugiéj *cruralis*. Bardzo nieznaczny wpływ na prędkość w tętnicach wywiera téż zaciskanie żył, odpowiadających badanym tętnicom; przynajmniéj dzieje się tak w okresie pierwszéj minuty.

Na zakończenie tych krótkich uwag muszę jeszcze wspomnieć o kilku doświadczeniach wykonanych w celu zbadania wpływu upustu krwi na prędkość jéj ruchu jak również wpływu wlewania do żył krwi odwłóknionéj. Otóż upust krwi wpływa na zmniejszenie się prędkości ruchu krwi. Wprowadzenie zaś do żył krwi odwłóknionéj wywołuje na początku przy nieznacznéj ilości wprowadzonéj krwi (mniéj lub więcéj $^1/_5$ ogólnéj ilości krwi) zwiększenie się prędkości, a przy dalszém wlewaniu krwi odwłóknionéj prędkość stopniowo i powoli opada i staje się w rezultacie daleko mniejszą od prędkości normalnéj.

Fotogramy i tablice z odpowiedniém ilościowém obliczeniem, na których te moje wyniki opieram, mam zamiar podać w osobnéj wyczerpującéj ten przedmiot rozprawce.

II. Z Zakładu farmakologicznego prof. Dra Łazarskiego w Krakowie.

Kilka uwag o jodoformie.

Podał Dr. Antoni Wachtel,
demonstrator przy katedrze farmakologii.

Z licznych prac nad jodoformem ogłoszonych na szczególną uwagę zasługują te, które wykonali Binz (*Archiv f. experimentelle Pathologie u. Pharmakologie,* tom VIII) i Högyes (*Archiv f. experimentelle Pathologie u. Pharmakologie,* t. X). Posunęli oni znacznie naprzód całą kwestyję działania fizyjologicznego tego leku a wyniki ich prac, w szczególności Binza, stanowią dzisiaj podstawę do dalszych badań. Z tego powodu odwołuję się w niniejszéj pracy tylko do tych dwóch autorów i ich tylko rezultaty na wstępie w krótkości przytoczę, zanim własne spostrzeżenia i uwagi dotyczące jodoformu omówię.

Jodoform, według badań Binza, wywołuje u psów, a szczególnie u kotów, depresyję mózgową, prawdopodobnie w skutek wydzielania się jodu, objawiającą się śpiączką i zniesionemi lub upośledzonemi odruchami. Po większych dawkach następuje śmierć w skutek ogólnego porażenia wśród znacznego opadnięcia ciepłoty. Sekcyja wykazuje rozpulchnienie i nastrzykanie błony śluzowéj żołądka, wybroczyny drobne w poszczególnych częściach płuc, tłuszczowe zwyrodnienie wątroby, nerek i serca.

Według badań Högyesa jodoform ma być trucizną dla psów, kotów i królików, wywołując śmierć w przeciągu kilku dni w skutek porażenia serca i oddechania wśród znacznego wychudnienia. Wyniki sekcyjne zgodne są z podaniami Binza.

Obaj autorowie zgadzają się co do narkozy u psów i kotów, występującéj po podaniu odpowiedniéj dawki, co zaś do królików to Högyes wprost twierdzi, że ona nigdy spostrzedz się nie daje.

Jodoform, CHJ_3, zawierający w sobie znaczną ilość jodu, bo przeszło 96%, w stanie suchym nie łatwo ulega rozkładowi i ulatnia się jako taki, w rozczynie zaś wydziela się bardzo łatwo jod, a mianowicie jeżeli rozczyn wystawiony zostanie na działanie światła. Wydzielenie z jodoformu jodu wolnego i połączenia CH, o którém, nawiasowo mówiąc, nie wiemy, co się z niém daléj dzieje, jest tak zupełne, że po dłuższym czasie cała ilość jodoformu rozłożoną zostaje. Z rozczynników jodoformu wymieniam tylko tłuszcze, wodę i surowicę, bo te nas tutaj bliżéj obchodzą. Rozpuszczalność w tłuszczu jest zupełną, ułatwia zaś rozpuszczalność jodoformu podwyższona ciepłota i jakość użytego tłuszczu; i tak Högyes podaje, że jodoform łatwiéj rozpuszcza się w tłuszczu świń i w oleju migdałowym, aniżeli w oliwie. Rozpuszczalność w wodzie i surowicy jest bardzo mała, bo zaledwie w stosunku 0·02 na 100 sz.ctm. (Zeller).

Jeżeli sobie wyobrazimy, że wydzielenie jodu z jodoformu także w ustroju zwierzęcym następuje, natenczas na wydzielony jod w pierwszym rzędzie zadziałać muszą potasowce ustroju a têm samém wytworzyć związki soli jodowych według wzoru:

$$6(KOH) + J_6 = 5(JK) + JKO_3 + 3(H_2O)$$

a zatém w takim stosunku, że na jednę drobinę jodanu potasowego przypada 5 drobin jodku potasu.

Znaną jest własność jodanów, że z łatwością cały swój tlen, O_3, oddają, że stanowią więc ciało silnie utleniające; wiadomém jest również, że jodki razem z jodanami tylko w rozczynie alkalicznym lub obojętnym obok siebie istnieć mogą, kwasy bowiem rozkładają je natychmiast znów z wydzieleniem jodu według wzoru:

$$JK + JKO_3 + 2HCl = ClK + JH + JHO_3$$
$$5(JH) + JHO_3 = J_6 + (H_2O)_3;$$

widoczna więc, że jodoform w rozczynie przedstawia się jako połączenie niestałe, szczególnie wśród działania światła i powietrza, ponieważ łatwo jod wydziela, że ten jod z potasowcami utworzy sole jodowe i że ostatnie wobec kwasów łatwo się rozłożą, przyczém znów z wolnym jodem się spotykamy.

Na podstawie tych danych wyrozumował Binz następującą teoryję fizyjologicznego działania jodoformu. „Jodo-

form rozpuszczony czy w tłuszczu tkanki podskórnéj czyto w tłuszczu znajdującym się w przewodzie pokarmowym, zostaje wessany, następuje wydzielenie jodu, który w styczności z potasowcami łączy się na jodan i jodek a sole te wobec kwasów wytwarzających się jako produkt energicznéj pracy w komórkach rozkładają się wzajemnie wedle wyż wymienionego wzoru wydzielając jod. Jod ten *in statu nascendi* ma się łączyć z białkiem komórek leżących naokoło naczyń włosowatych i ma wpływać na ich własności chemiczne i funkcyjonalne w ten sposób, że przy zajęciu np. komórek mózgowych nastąpi narkoza, przy zajęciu zaś wątrobowych stłuszczenie itd., w ogóle jod ma wpływać na wszystkie zmiany, jakie za życia i po śmierci spostrzedz się dają. Ta część jodków, która nie zostanie zużytą do wydzielenia jodu, przechodzi do moczu, część zaś jodanów odtlenia się coraz więcéj na jodki, aż wreszcie także jako takie z organizmu wydzielone zostają". Binz podaje daléj, że i same jodany są w stanie podobnie jak jodoform wywołać depresyję mózgu, objawiającą się śpiączką u psów i kotów, a w następującéj swéj pracy (*Archiv für experimentelle Pathologie u. Pharmakologie*, t. XIII) identyfikuje kwas jodowy i jod czysty tak dalece, że i obraz sekcyjny przedstawia mu się jako zupełnie równy z tym, jaki po zatruciu jodoformem otrzymywał. Działanie narkotyczne i zwyrodnienie narządów po stosowaniu jodoformu wprowadza on w związek w pierwszéj swéj pracy z działaniem jodu *in statu nascendi*. Działanie zaś jodanów tłumaczy tak, że one wprowadzone do ustroju rozkładają się w części na jodki, które z nierozłożonemi jeszcze jodanami wobec kwasów wydzielają jod, a więc tak samo jak wobec jodoformu jod *in statu nascendi* ma tu być tym czynnikiem jedynie działającym.

W drugiéj swéj pracy, omawiając bliżéj działanie jodanów, wspomina, że tlen z rozkładu jodanów powstały przez utlenienie może wywołać podobne objawy jak po stosowaniu jodoformu. Odwołuje się przytém słusznie do własności wszystkich tych ciał, które tlen z łatwością oddają, a więc w ustroju silnie utleniająco działać muszą, że i one również depresyję mózgu, zwyrodnienia tłuszczowe, wybroczyny itd. wywołać są w stanie.

Binz w teoryi swéj wyraźnie przypuszcza tworzenie się jodanów z jodoformu a przytém nie przypisuje im dalszego znaczenia, jak tylko, że przyczyniają się do powtórnego wydzielenia jodu a o własności utleniającéj w oném miejscu nic nie wspomina. Nie jest nam zatém teoryja Binza o tyle jasną, aby się w niéj dopatrzyć było można, czemu przypisuje ostateczną działalność jodoformu: czy jodowi *in statu nascendi*, czy téż własności silnie utleniającéj jodanów, czy wreszcie jednemu i drugiemu razem.

Spotykamy się prócz tego w teoryi Binza dwa razy z jodem *in statu nascendi*, t. j. raz z jodem bezpośrednio z jodoformu wydzielonym, a drugi raz znów z jodem wytwarzającym się z soli jodowych. Przypisuje on właściwą działalność tylko temu jodowi, który z drugiego szeregu przeobrażeń jodoformu, t. j. z rozkładu soli jodowych się wytworzył. Czy ten jod w różnych czasach powstały ma mieć także różne własności chemiczne, a tém samém różnie na ustrój działać?

Ażeby sobie wyrobić samodzielne zdanie o fizyjologicznéma działaniu jodoformu i aby się przekonać, o ile teoryja Binza jest w stanie wytłumaczyć zmiany powstałe po zadziałaniu jodoformu, jakotéż określić warunki, w których jodoform dla ustroju mniéj lub więcéj niebezpiecznym stać się może, przedsięwziąłem w tutejszym zakładzie przeszło 50 doświadczeń na psach i królikach, których połowa przypadała na jodoform, a reszta na badanie działania jodanów, jodków i jodu czystego.

Spostrzeżenia moje dotyczące działania jodoformu d o k ł a d n i e r o z p u s z c z o n e g o w oliwie i wstrzykniętego zwierzętom podskórnie zgadzają się w większéj części z podaniami Binza i Högyesa. Bardzo dokładnie stwierdzić można działanie narkotyczne jodoformu; śpiączka po odpowiedniéj dawce występuje już po godzinie, zwierzę unika wykonywania ruchów, przytém okazuje brak łaknienia; tętno jak również oddechy przyspieszone. Zwierzę albo po pewnym czasie powraca znów do stanu prawidłowego i prócz wychudnienia i jodków w moczu czas jakiś dających się wykazać nie przedstawia dalszych zmian, albo téż ginie, jeżeli dawka zabójcza zastosowana była na raz lub w mniejszych odstępach czasu. Natenczas okazuje ono wśród śpiączki coraz większe osłabienie, pies kładzie się na bok a postawiony na nogi upada, królik położony na bok nie wraca do prawidłowéj pozycyi. Odruchy z początku upośledzone w samym końcu zupełnie ustają. Oddechy stają się coraz rzadsze a wreszcie kurczowe a po zupełném ich ustaniu uderzenia serca przez krótki przeciąg czasu jeszcze wyczuć można. Ile razy udawało mi się zwierzę przed samą śmiercią obserwować, tyle razy zawsze to samo stwierdziłem, że ruchy oddechowe wcześniéj aniżeli sercowe porażone zostają. Mocz po wielkich dawkach zawsze krwawy daje bardzo wybitną reakcyję jodków. Narkozę nietylko u psów ale i u królików spostrzedz można, a szczególniéj wyraźnie u zwierząt młodych, czemu Högyes stanowczo przeczy.

Sekcyja wykazywała: Wybroczyny podopłucnowe, wybroczyny na błonie śluzowéj żołądka a czasem wrzody pojedyncze ograniczone, stłuszczenie wątroby, serca i nerek. Badanie chemiczne krwi, cieczy wodnéj z oka, żółci, treści żołądka, jakotéż jelit wykazuje bardzo wybitną reakcyję jodków; taką samą reakcyję otrzymuje się po wypłukaniu mózgu, płuc, serca, wątroby i tego miejsca tkanki podskórnéj, w którém jodoform rozpuszczony stosowany został; jodanów i jodu wolnego ani śladu wykazać nie było można.

Wyniki badań Binza i Högyesa zgodne są zatém w głównych zarysach z tutejszemi; zwracam tu tylko uwagę na mocz krwawy, występujący po zadaniu większéj dawki, wykazanie jodków we wszystkich tkaninach, niejako przesiąknięcie całego ustroju temi solami, zawsze występujące wybroczyny podopłucnowe, które możnaby wprowadzić w związek z wcześniejszém porażeniem ruchów oddechowych; sąto więc objawy, o których ci dwaj autorowie nie wspominają.

Dawkę stałą, jaka potrzebną jest dla wywołania narkozy dla poszczególnych zwierząt, trudno nawet w przybliżeniu oznaczyć, waha się ona znacznie, trzeba się bowiem liczyć nietylko z gatunkiem zwierząt ale zarówno i ze stanem ich odżywienia. Högyes oblicza dawkę narkotyzującą np. u psa na 1 kilogram wagi od 0·3 do 1·4 grama, któratо dawka w przeniesieniu na człowieka wynosiłaby od 18 do 84·0grm.

Obliczenie dawki zabójczéj na jeszcze większe napotyka trudności; stanowczo tylko tyle stwierdzić mogłem, że stosunkowo do ciężaru ciała zawsze większe dawki potrzebne były do zatrucia królika aniżeli psa, następnie, że zwierzęta młode w tym samym stosunku prędzéj giną aniżeli zwierzęta zupełnie fizycznie wykształcone. Z równą pewnością na zasadzie moich doświadczeń twierdzić mogę, jak to już zresztą

z obliczeń Högyesa domyśleć się można, że u zwierząt tego samego gatunku znaczne indywidualne różnice pod względem odporności na jodoform spostrzegać można. I tak np. w jednym przypadku po wstrzyknięciu podskórném psu ważącemu 5.700 gramów 1·0 grama jodoformu rozpuszczonego nastąpiła po 3 dniach śmierć, podczas gdy w drugim przypadku 3·5 grama u psa tego samego prawie ciężaru wywołały tylko depresyję mózgową i wychudnienie, ktoreto objawy po 8 dniach ustąpiły. Różnica wieku tych zwierząt nie była wprawdzie znaną, rozwój jednak fizyczny obu zwierząt był zupełny.

Jeżeli więc po stosowaniu jodoformu rozpuszczonego trudném a nawet niemożebném jest obliczenie dawki zabójczéj, to znacznie większe trudności napotykamy chcąc obliczyć takową stosując jodoform w zawiesinach lub też w stanie suchym. Królikom wagi średniéj 2000·0gr. wstrzykiwałem podskórnie jodoform w zawiesinie glicerynowéj w ilości 3·0 do 10·0 gramów na raz; w żadnym przypadku śmierć nie nastąpiła. Prócz wychudnienia i jodków w moczu ani wybitnéj narkozy, ani zmniejszonych odruchów, ani wreszcie znaczniejszego upadku sił nie można było spostrzedz. To samo można było stwierdzić po włożeniu jodoformu w ilości 12.0 gr. sproszkowanego czy to krystalicznego w ranę i następowém zaszyciu téjże. Jodoform w miejscu aplikacyi wywołał reakcyję zapalną a w końcu wytworzyła się tkanka łączna otorbiająca go, podczas gdy gliceryna uległa wessaniu. Po wyjęciu jodoformu w różnym przeciągu czasu z rany i wypłukaniu téjże wodą destylowaną okazało się, że jodoform zbity był w większe grudki a we wodzie do przepłukania użytéj wykazać można było znaczną ilość jodków. Jodu wolnego ani jodanów nie można było wykazać. Nadmienić tu muszę, że króliki posiadają bardzo skąpą ilość tłuszczu w tkance podskórnéj. Wstrzykiwałem więc jodoform do 8 gramów w zawiesinie oliwnéj; przytém nie zdołałem również stwierdzić wybitniejszych objawów intoksykacyi. Po wstrzyknięciu 3·0 jodoformu w zawiesinie glicerynowéj lub też oliwnéj do jamy brzusznéj a innym razem do jamy opłucnowéj króliki ginęły w przeciągu jednéj doby. Sekcyja wykazywała nastrzykanie mocne tych części otrzewny a względnie opłucny, do których jodoform w postaci zbitych płatów przylegał. W jamach znajdowała się skąpa ilość płynu, który zawierał wedle badania chemicznego nieco białka i jodki potasowców. Widzimy zatém, że zachodzi ogromny niestosunek w działaniu zabójczém jodoformu, w miarę tego czy jodoform w rozczynie, czy też zawiesinie chociażby oliwnéj zastosowano. Dla zabicia bowiem królika 1 kilogram ważącego wystarcza 2·5 grama jodoformu dokładnie rozpuszczonego, o czém kilkakrotnie się przekonałem, nierozpuszczony jodoform zaś u królika téj saméj wagi w ilości 6·0gr. na 1 kilogram wagi nietylko że śmierci nie sprowadza, ale nawet stosunkowo dość dobrze znoszonym bywa. Przyczyny śmierci królików, którym jodoform wstrzyknięto do jamy brzusznéj lub opłucnowéj, nie mogę upatrywać w działaniu jodoformu samego, lecz i w silném zadrażnieniu i zapaleniu otrzewny i opłucny.

(Dokończenie nastąpi).

III. Przyczynek do statystyki i kazuistyki nieżytu dróg oddechowych, jego następstw i powikłań.

(Urywek ze sprawozdania za r. 1883).

Przez prymaryjusza **Dra St. Paszkowskiego.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

5. U Katarzyny Jedynaczkowéj l. 50 liczącéj wyrobnicy przybyłéj 19/4 a zmarłéj 21/4, od kilku lat kaszlącéj od $1\frac{1}{2}$ roku osłabionéj ogólnie a od 4 miesięcy cierpiącéj ból głowy ciągle dokuczający zwłaszcza w nocy stan obecny wykazał: Indywiduum budowy dobréj, odżywienie liche; duszność mierna; klatka piersiowa mocno wypukła pod obojczykiem po prawéj do 3ciego żebra zapadnięta, tamże słychać drobne rzężenia pokrywające wdech, wydech mocno słyszalny; zresztą objawy nieżytu suchego. Tony nad tętnicą główną tępe. Brzuch zapadły. Ciepłota ciała 37° C. wieczór 37·5° C. tęt. 72. — Rozpoznano: *Bronchitis diffusa, induratio apicis dextri, emphysema pulmonum, atheroma pulmonum, atheroma arteriarum; cephalalgia ex anaemia.*

Sekcyja wykazała: *Ileotyphus in stadio ulcerationis partis inferioris intestini ilei et coeci. Hyperplasia recens glandularum meseraicarum, induratio apicis pulmonis dextri cum caverna bronchiectatica, emphysema pulmonum vesiculare. Bronchitis diffusa et oedema acutum pulmonum, degeneratio adiposa et hyperaemia passiva hepatis et renum. Corpus alienum* (szpilka czarna) *in processu vermiformi.*

Rozpoznanie duru było niemożebném: ani gorączki, ani śladu choćby jednego z cechujących objawów téj choroby (powiększenia śledziony nawet sekcyja nie wykazała) ciepłota ciała 37° C. do 37·5° C.; gastrycznych przypadów brakowało zupełnie i podczas pobytu krótkiego w szpitalu i przedtém. Ból głowy od $1\frac{1}{2}$ roku trwający i w nocy zwiększający się nie mógł być naturalnie odnoszony do ostréj zakaźnéj choroby. To wszystko uwzględniając a nadto mając na oku zmiany w płucach za życia w postaci przewlekłego zagęszczenia stwierdzone, obok których sekcyja wykryła jeszcze rozstrzeń oskrzelową jamistą, wątpimy o naturze wrzodów mimo, że wrzody durowe mają typową postać. Induracyję rozpoznano za życia, jamy zaś rozstrzeniowéj nie rozpoznano z powodu braku oznak téjże, obrzęk ostry płuc był przypadem końcowym, objawów zwyrodnienia serca za życia nie było wcale (nad tętnicą główną tępe tony), wątroba nie była powiększoną, białkomoczu nie było, zaburzeń w krążeniu w ogóle nie spostrzeżono. Sekcyja prócz tego wykazała obce ciało w wyrostku robaczkowym.

6. Salomea Swinkowa l. 74 żebraczka przybyła 18/4, zmarła 12/5 83. Przed dwoma tygodniami dreszcze przez 3 dni codziennie się pojawiające; od tygodnia kaszel. Opuchlina najpierw odnóg dolnych potém brzucha miała również wystąpić przed dwoma tygodniami. Stan obecny: Budowa dobra, odżywienie liche, rozedma płuc znaczna, nieżyt oskrzelowy rozległy. Żyły szyjne wydęte; uderzenie serca na zewnątrz od linii sutkowéj; puchlina brzuszna znacznego stopnia wątroba niemacalna, ciepłota ciała 37°—37·4 tętno 84. Dnia 21/4 zanotowano: wzdęcie brzucha znaczne obok puchliny, nad aortą obok pierwszego tonu szmer, drugi ton dźwięczny. Bolesność brzucha około pępka. Badanie wewnętrzne macicy wykazało wypadnięcie pochwy i zanik macicy. 25/4 c. 38° C. —37·5 t. 78 zresztą stan ten sam, tylko znaczniejszy jeszcze nieżyt oskrzelowy.

27/4: c. 38·6—37 u dołu po lewéj z tyłu drobniutkie rzężenia pokrywające wdech; w pasze po lewéj u dołu oddech słabszy. 4/5—7/5 stan bezgorączkowy. 7/5: 38—37° C. 8/5: 37·5— 37 język suchy; po prawéj z tyłu u dołu klatki piersiowéj mocno zaostrzony wdech, zresztą jak wyżéj, od 9/5—12/5 stan bezgorączkowy ale tętno nikłe. Plwociny ropiaste cuchnące.

Rozpoznanie kliniczne: *Bronchitis diffusa, emphy-*

sema pulmonum, endarteriitis chronica, hydrops universalis, atrophia hepatis muscatelaris.

Rozpoznanie anatomiczne: *Pleuritis fibrosa dextra obsoleta ingens et circumscripta sinistra praecipue partium anteriorum. Emphysema senile pulmonum, oedema acutum pulmonum. Bronchitis diffusa; degeneratio adiposa musculi cordis. Atheroma aortae incipiens, degeneratio adiposa hepatis cum hyperaemia ejus, cholelithiasis, tumor lienis chronicus, degeneratio adiposa renum. Catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus. Cystosarcoma ovarii dextri sequente peritonitide universali chronica et sarcomatosi peritonaei.*

Niestosunek między puchliną brzucha a odnóg dolnych był widoczny, ale w obec tego przypady pochodzące z upośledzenia krążenia i oddychania były bardzo wybitne a oprócz puchliny brzusznéj i bólu w okolicy pępka przy dotykaniu (który mógł być różnie tłumaczonym) żadnego innego objawu zapalenia otrzewny nie było, (nader cenny objaw rozpoznawczy opuchliny brzucha od zapalnego wysięku podany przez Thomayera (*Zeitsch. f. klin. Med. T. 7.*) nieznanym nam był jeszcze) w obec tego tłumaczyliśmy sobie niestosunek opuchliny brzucha i odnóg dolnych jako wynikły z następowego zaniku wątroby *(die atrophische Form der Muskatnussleber)* i płyn w jamie brzusznéj pojmowaliśmy jako wysięk czysty tém śmieléj, że badanie wewnętrzne *per vaginam* prócz wypadnięcia pochwy żadnych zmian nie wykazało, a powiększenia wątroby, które w tych warunkach krążenia istnieć było powinno, wykazać nie mogliśmy. Ciepłota wśród przebiegu choroby utrzymywała się między 37° C. a 38° C. Również nie rozpoznano, jak to już niejednokrotnie w wyżéj opisanych przypadkach i tym razem znacznych zgrubień włóknistych opłucny po stronie prawéj, o jakich mówi protokół sekcyjny i żadnego objawu nie zanotowano, któryby mógł wskazywać podobne zmiany. Jako objaw ograniczonego zapalenia opłucny po lewéj stronie zanotowano d. 27/4 w pasze lewéj słabszy oddech. Obrzęk płuc ostry był sprawą końcową. Stłuszczenia serca objawy były: nikłe tętno i następowe upośledzenie krążenia. Objawami miażdżycy tętnicy głównéj były: pierwszy szmer obok tonu nad tętnicą główną drugi ton dźwięczny. Przerostu serca ani prawéj komory ani lewéj sekcyja nie wykazała. Kamyków żółciowych objawów za życia brak było. Obrzęku śledziony nie można było wyśledzić z powodu bardzo znacznéj ilości płynu w jamie brzusznéj. Zwyrodnienie tłuszczowe nerek przebiegało bez białkomoczu; nieżytu zastoinowego objawem było zaparcie stolca.

7. Ewa Heretykowa, l. 65 zarobnica przybyła d. 9/6, zmarła 21/6, pokaszluje od kilku lat zwłaszcza pod zimę, od początku stycznia kaszel z dusznością, od tygodnia przypady te zwiększyły się znacznie. Stan obecny: Budowa dobra, odżywienie bardzo liche, skóra bronzowa, język mocno obłożony, klatka piersiowa beczułkowata, w szczytach oddech zaostrzony; rozedma płuc znaczna, nieżyt oskrzelowy bardzo znaczny; tony dźwięczne; opuchlina brzucha i nóg; tętno 120 zaparcie stolca, stan bezgorączkowy, w moczu ślad białka

Rozpoznanie: *Bronchitis diffusa, emphysema pulmonum majoris gradus subsq. pneumonia dextra.* Od 19/6—21/6 stan gorączkowy 39° C.—39·5° C. 19/6 badanie wykazało: z tyłu po prawéj stronie drobniutkie pęcherzykowe rzężenia, i na téjto podstawie rozpoznano zapalenie płuc jako końcową sprawę.

Rozpoznanie anatomiczne: *Emphysema senile pulmonum praecipue partium anteriorum. Bronchitis diffusa chronica. Hyperaemia partium posteriorum, oedema acutum pulmonis utriusque. Pneumoconiosis; hypetrophia excentrica cordis dextri et degeneratio adiposa musculi cordis. Hyperaemia passiva et degeneratio adiposa et atrophia incipiens hepatis. Atrophia lienis; degeneratio adiposa et atrophia senilis renum. Catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus in stadio atrophiae membranae mucosae cum hypertrophia et degeneratione fibrosa glandularum mesaraicarum, hydrothorax et hydropericardium; marasmus.*

Objawów pylicy brak było za życia. Białkomocz był objawem nietylko przekrwienia biernego ale i rozpoczynającego starczego zaniku nerek i stłuszczenia (*degeneratio adiposa et atrophia senilis renum*). Objawem nieżytu zastoinowego jelit było zaparcie stolca, następowych zmian w postaci zaniku błony śluzowej jakotéż przeobrażenia włóknistego gruczołów krezkowych rozpoznać w ogóle nie można. Stan gorączkowy w dwóch ostatnich dniach przed śmiercią tłumaczy się chyba bardzo znaczném przekrwieniem płuc, jako pierwszy okres zapalenia, który od razu przeszedł w obrzęk (*oedema acutum*). Rozpoznanie końcowego zapalenia płuc polegało na objawach ogólnych, na zwiększeniu się miejscowych objawów nieżytu włosowatego, osobliwie w dolnych częściach po stronie prawéj i na braku innych zmian wybadać się dających a mogących tłumaczyć stan gorączkowy dosyć wysoki. Przerostu prawéj komórki, który sekcyja wykazała, za życia nie wyśledzono. Szybkie tętno (108—120) nawet w stanie bezgorączkowym obok zmian następowych w krążeniu było może objawem zwyrodnienia serca tłuszczowego, jakie sekcyja wykazała. Powiększenia wątroby wykazać nie można było skutkiem zaniku, który sekcyja stwierdziła.

8. Maryjanna Marmurowa l. 78 zarobnica przybyła 27/6, zmarła 4/7 83. Od roku osłabienie, od 3 miesięcy duszność, kaszel i opuchlina odnóg dolnych. Stan obecny 28/6: Budowa dobra, odżywienie liche, opuchlina odnóg dolnych, duszność, sinica na twarzy, język obłożony. Rozedma płuc znaczna, szczyty wolne. Nieżyt oskrzelowy bardzo znaczny, osobliwie w pasze po prawéj i z tyłu, tętnice obwodowe ateromatyczne, żyły szyjne wydęte; pierwszy ton nad lewą komórką połączony ze szmerem dmuchającym, nad tętnicą główną tony tępe; wątroba niżéj linii pępkowéj macalna, ciepłota c. 37° C.—37·5° C. t. 96; bezsenność.

Rozpoznanie kliniczne: *Bronchitis diffusa, emphysema pulmonum, atheroma arteriarum cum degeneratione cordis adiposa. Hyperaemia hepatis et renum passiva, hydrops.*

Rozpoznanie anatomiczne: *Emphysema marginale, bronchitis diffusa, oedema acutum pulmonum: pleuritis fibrosa bilateralis. Hypertrophia excentrica cordis dextri et degeneratio adiposa cordis incipiens. Processus atheromatosus aortae et arteriarum coronariarum cordis praestantior. Deformatio, dislocatio et hyperaemia passiva, degeneratio adiposa et atrophia incipiens hepatis. Tumor lienis chronicus levioris gradus cum infarctibus embolicis. Catarrhus chronicus et ecchymoses haemorrhagicae ventriculi. Gastro et oesophagomalacia postmortalis mucosae. Leucoplakia dissseminata et oedema mucosae oesophagi incipiens. Hyperaemia passiva et degeneratio adiposa renum. Carcinoma incipiens. Hyperaemia passiva et degeneratio adiposa renum. Carcinoma incipiens substantiae corticalis renis sinistri. Diverticulum peritonaei infra intestinum coecum. Diverticulum Mekelli intestini jejuni. Sugillatio haemorrhagica antibrachii dextri. Naevi vasculosi cutis antibrachii sinistri.*

W obec nagromadzenia płynu surowiczego w jamach

opłucnowych rozpoznanie zgrubień opłucnowych włóknistych zwłaszcza obustronnych było niemożebném tém więcéj, że zmian tych rozpoznać nie można bardzo często nawet tam, gdzie opuchliny zgoła nie ma. Szmer skurczowy był objawem tłuszczowego zwyrodnienia serca, które rozpoznano. Objawów przerostu prawéj komory serca nie było; objawy wypukowe odpowiadały opuchlinie worka sercowego, zaostrzenia drugiego tonu nie było wobec tłuszczowego zwyrodnienia mięśnia serca. Proces miażdżycowy rozpoznano, ale oznak znacznego stopnia miażdżycy w tętnicach wieńcowych brakowało zupełnie. Skutkiem zniekształtnienia i zmiany położenia wątroba wydawała się większą za życia niż była istotnie jako w rozpoczynającym już zaniku. Obrzmienia śledziony za życia wykazać nie można było. Wybroczyny w żołądku nie dawały żadnych objawów. Białkomocz był oznaką nerki zastoinowéj i tłuszczowo zwyrodniałéj. (C. d. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Bruns: **Skruszenie kamienia moczowego wśród znieczulenia pęcherza i cewki moczowéj kokainą.**

Autor dokonał skruszenia kamienia moczowego znieczuliwszy poprzednio pęcherz i cewkę moczową rozczynem kokainy. Przypadek ten dotyczył 21-letniego mężczyzny, który cierpiał od lat 4ch na dolegliwości ze strony narządu moczowego. Badanie stwierdziło obecność kamienia w pęcherzu, zajętym silnym nieżytem ropnym. Kamień był bardzo twardy, chropowaty, a średnica jego wynosiła $2^1/_2$cm. Chory gorączkował pod wieczór i był bardzo wynędzniałym. Ze względu na nieznaczne rozmiary kamienia i dość szeroką cewkę moczową, przeniósł autor skruszenie kamienia nad litotomiję. Przepłukawszy pęcherz rozczynem borowo-salicylowym wstrzyknął 40gr. 2-procentowego rozczynu wodnego kokainy do pęcherza, a 10gr. do cewki moczowéj. Aby się rozczyn wszędzie zetknął z wewnętrzną powierzchnią pęcherza, musiał chory po kilka minut leżeć to na brzuchu, to na wznak, to na boku. W 6—8 minut późniéj napełniono pęcherz 150 gramami rozczynu borowo-salicylowego i wprowadzono litotryptor. Kamień rozkruszono w ciągu 22 minut chwytając go 33 razy narzędziem. Wśród tego czasu nie doznawał chory żadnego bólu, czując zaledwie poruszenia instrumentu. Po upływie 30 minut od chwili wstrzyknięcia kokainy znieczulenie okazało się już niedostatecznem, a chory czuł ból podczas wydalania okruszków kamienia za pomocą aspiratora. Wydalony kamień składał się ze szczawianu wapniowego. Chory mógł już po 3ch dniach wstać, a po 8miu dniach opuścił klinikę, skoro nieżyt pęcherza znacznie się zmniejszył a badanie nie wykazało żadnego śladu resztek kamienia. Spostrzeżenie to uczy, że przez wstrzyknięcie 1gr. kokainy do pęcherza sprowadzić można zupełne znieczulenie pęcherza i cewki moczowéj pół godziny trwające, wśród któregoto czasu chorzy znoszą bez najmniejszego bólu wszystkie czynności potrzebne do skruszenia nawet tak twardego kamienia, jakim jest kamień z szczawianu wapniowego. Przy téj sposobności nadmienia autor, że w ogólności odpowiedniejszém jest kruszenie kamienia, niż wydobywanie go przez przecięcie pęcherza zwłaszcza w przypadkach, w których istnieje ropny nieżyt pęcherza obok alkalicznego kiśnienia moczu. W takich bowiem razach trudno ochronić ranę od zakażenia mimo najtroskliwszéj antyseptyki.

Thompson na podstawie swego licznego materyjału wypowiedział również zdanie, że skruszenie kamienia jest dla chorego z niebezpieczeństwem o wiele mniejszém połączone niż litotomija. (*Berl. klin. Wochensch.*, 1885, Nr. 23).

Dr. Prus.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Cholera.** Międzynarodowy Kongres sanitarny w Rzymie spełzł na niczém; nie przyszło do żadnéj uchwały, w ogóle w żadnéj kwestyi ważniejszéj nie było zgody. Tymczasem cholera sroży się w wielu miejscowościach Hiszpanii wschodniéj, delegaci Austryi i Niemiec już powrócili, a natomiast rządy francuski, belgijski i podobno i niemiecki wysyłają delegatów do Hiszpanii, celem studyjowania zarazy tamecznéj.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 31 maja do 6 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 39,5. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 2 (3 z. t.); z błonicy 3 (2 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 11 przypadkach odry, 11 płonicy, 1 błonicy, 6 krztuśca, 3 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 24—30 maja umarło z ospy w Londynie 38, leczyło się w szpitalach 1460, świeżo zapadło 297. W Pradze i Manszestrze umarło po 1, w Bazylei 2, w Warszawie 3, w Petersburgu, Odesie, Rzymie po 4, w Paryżu 6. Z cholery umarło w Kalkucie od 12—18 kwietnia) 79, w Bombayu (od 22—28 kwietnia) 20.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 24—30 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 46,8; w Poznaniu 31,2; w Pradze 29,4; w Berlinie 24,8; we Wrocławiu 32,4; w Hamburgu 29,1; w Gdańsku 22,4; w Mnichowie 33,5; w Dreźnie 25,6; w Lipsku 25,5; w Bazylei 18,9; w Brukseli 26,0; w Amsterdamie 22,5; w Hadze 24,0; w Paryżu 24,9; w Londynie 19,6; w Kopenhadze 23,0; w Stokholmie 26,5; w Chrystyjanii 19,5; w Petersburgu 33,0; w Odesie 26,5; w Rzymie 22,7; w Wenecyi 26,1; w Bukareszcie 23,4; w Aleksandryi 31,9; w Nowym Yorku 24,5; w Filadelfii 21,5; w Bombayu 29,2; w Madrasie 37,9. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 25 czerwca. Koledzy praktykujący w Krynicy wystosowali do wielu kolegów w Krakowie list następującéj treści:

„Ponieważ nam wiadomo, że wiele osób, chcących korzystać z leczenia kąpielowego w Krynicy, wstrzymuje swój przyjazd z powodu nieprawdziwych wieści o stanie zdrowotnym w Krynicy i okolicy, poczuwamy się do obowiązku doniesienia co następuje: Istotnie w lutym b. r. pojawiła się była epidemija ospy w miasteczku Muszynie 10 kilom. od zakładu odległém i przechodząc następnie ku wschodowi dosięgła miasteczka Tylicza. Najbliżéj zakładu dotkniętą była miejscowość o 4 kilom. odległa, t. j. wieś Krynica. Zakład zdrojowy sam był zupełnie wolnym, na granicy tegoż tylko były pojedyncze przypadki. Epidemija, która w pochodzie swym na wschód zakład ominęła, już mu wcale nie zagraża, tém więcéj, że ck. Starostwo ze względu na Zakład zarządziło energiczne środki ostrożności a mianowicie: 1. zniesiono w okolicy jarmarki i odpusty; 2. wzbroniono przynoszenia artykułów żywności z okolicy do zdrojowiska i krążenia po domach, czego przestrzega policyja miejscowa; 3. mimo że wakcynacyja i rewakcynacyja była już zarządzoną i przeprowadzoną, zarządzono ponowną i pod kontrolą c. k. żandarmeryi na $1^1/_2$ mili w promieniu; 4. wreszcie zarządzono dezinfekcyję wózków itd.

Poddając te uwagi pod światłą rozwagę kolegi, pozostawiamy Mu ocenę co do tego, o ile jadącéj publiczności do Krynicy grozi jakie niebezpieczeństwo. W Krynicy bawi obecnie przeszło 400 osób z dziećmi młodszemi i starszemi. Nowoprzybyli ze zdziwieniem opowiadali o pogłoskach, które ich wstrzymywały.

Ufając, że kolega w interesie chorych i zdrojowiska krajowego zechce ze swéj strony przyczynić się do zniweczenia pogłosek przez wysyłanie swych pacyjentów, piszemy się w imieniu kolegów (tu następują podpisy)“.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego toczyła się daléj dyskusyja nad antipyryną.

* Dr. Jaworski, docent tutejszego Uniwersytetu wyjechał do Karlsbadu, gdzie w ciągu bieżącego sezonu ordynować będzie.

* Bawił przez kilka dni w mieście naszém Dr. Alfons Erlicki, ordynator kliniki psychijatrycznéj w Petersburgu.

* W Cieplicach czeskich było dotąd gości 2574, w Giesshüblu 131, w Gainfarn 403, w Lubieniu 205.

* **Praga czeska** 22 czerwca. Na dzisiejszém posiedzeniu Spolku lekařův českých demonstrował asystent Dr. Pečirka przypadek *Ichthyosis hystrix* u mężczyzny 52 letniego. Choroba zlokalizowaną była na odnodze górnéj lewéj i to wzdłuż przebiegu *nn. medianus* i *ulnaris*. — Następnie Dr. Batěk, b. asystent prof. Eiselta, miał odczyt o kofeinie. Na podstawie doświadczeń robionych z tym lekiem w klinice wewnętrznéj przyszedł prelegent do następujących rezultatów: 1) kofein jest daleko lepszém *tonicum* na serce, niż *digitalis*, raźniéj usuwa asystolę i duszność, szybko zwiększa diurezę i parcie tętnicze, i zmniejsza lub nawet usuwa wysięki zaskórne i do jam surowiczych. Lek zawsze okazał się w niekompenzowanych wadach sercowych skutecznym tam, gdzie *digitalis* zawiodła. 2) Dawka kofeinu w postaci *C. natrobenzoicum, salicylicum* lub *hydrobrom.* ma wynosić około 0·2 *pro dosi* a 0·8—1·0 dziennie. 3) Kofein działa rychléj niż *digitalis* i nie rozwija działania zbiorowego. 4) Kofein chorzy z bardzo małemi wyjątkami znoszą dobrze. 5) Wpływ kofeinu na frekwencyję tętna jest mniéj wybitnym niż naparstnicy. 6) Sposób działania leku musi być innym niż naparstnicy. W chorobach nerkowych okazał się bez wpływu na diurezę. *Dr. Obrzut.*

Dziekanem Wydziału lek. czeskiego na rok przyszły wybrany został prof. Weiss, a delegatem do Senatu akad. prof. Tomsa.

Uroczystość odsłonięcia tablicy pamiątkowéj Škody odroczoną została na czas nieograniczony.

* **Graz.** Prof. Krafft-Ebing nie przyjął ofiarowanéj sobie katedry psychijatryi w Wydziale niem. w Pradze i pozostaje nadal w Gracu.

(W.) **Rosyja.** W Petersburgu 3 czerwca otwartym został Instytut kliniczny Wielkiéj Księżnéj Heleny Pawłówny; do Instytutu tego uczęszczać będą młodzi lekarze dla uzupełnienia swych wiadomości w pewnéj gałęzi medycyny praktycznéj. Budową Instytutu oprócz Wielkiéj Księżnéj najwięcéj zajmował się drof. E. E. Eichwald. — W Kijowie tego jeszcze lata zaczną budować nowe kliniki. W bieżącym roku wybudowane będą kliniki akuszeryjna i okulistyczna. — W Charkowskim wojskowym szpitalu otwartych będzie 6 klinik dla studentów. — *Petersburska Gazeta* donosi, że E. W. Pawłów z dobrym skutkiem dokonał operacyi wyjęcia kamyków z pęcherza żółciowego, według *Wracza* jestto pierwsza podobna operacyja w Rosyi. — W Kazaniu zmarł b. prof. anatomii patologicznéj A. W. Petrow; z jego szkoły wyszli proff. E. A. Adamiuk, N. O. Kowalewski, A. J. Szczerbaków i inni.

* **Dorpat.** Docent prywatny tutejszego Wydziału lek. Dr. Waleryjan Podwysocki, zastępca profesora farmakologii, powołany został na katedrę tegoż samego przedmiotu w Kazaniu i wezwanie przyjął. Dr. Podwysocki, jak się dowiadujemy z *Neue Dörptsche Ztg.*, liczy obecnie lat 50 przeszło; przed 10 laty jeszcze pełnił obwiązki sędziego i urzędnika administracyjnego w gubernijach zachodnich i gospodarował w posiadłości swéj w gub. kijowskiéj. Jako radzca stanu porzucił służbę i zapisał się w Dorpacie jako uczeń medycyny, uczęszczał na wykłady z gorliwością młodzieńczą i w czasie należytym złożył ogzamin na doktora medycyny, przyczém rozprawa jego inauguralna uwieńczoną została medalem złotym. Przez krótki czas był asystentem prof. Bohma, poczém pracował za granicą, a powróciwszy do Dorpatu habilitował się jako docent prywatny farmakologii; w półroczu zaś ostatniém kierował zakładem farmakologicznym po przeniesieniu prof. Meyera.

(W.) **Bułgaryja.** Towarzystwo lekarskie w Warnie postanowiło wydawać *Periodiczesko Medicinsko Spisanje*; będzie to miesięcznik częścią popularny, częścią poświęcony nauce.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Dziekanem na rok przyszły obrany prof. Toldt, a przedstawiono do nominacyi profesorami nadzw. docentów Osera i Urbantschitscha. — **Praga czeska.** W Wydziale niemieckim wybrany dziekanem prof. Přibram — **Rzym.** Akademija lekarska mianowała członkami honorowymi wszystkich delegatów technicznych konferencyi sanitarnéj, a więc pomiędzy innymi Kocha, Hofmanna i Grossa (radcę ministaryjalnego w minist. węgierskiém).

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. n. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Józef Madejski z Krakowa, Jan Węgrzyński z Dzikowa, Izydor Aschkenasy z Krakowa i Roman Sondermajer z Czerniowiec.

* **Odznaczenia.** Prof. ogólnéj patologii i farmakologii w Insbruku Dr. Tschurtschenthaler przechodząc w stały stan spoczynku otrzymał w uznaniu zasług szlachectwo austryjackie.

* **Nekrologija.** W Wiedniu umarł z zapalenia płuc mianowany niedawno prymaryjuszem szpitala powszechnego Dr. Hein, licząc lat 40 i kilka.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 25: Smoleńskiego: O naukowych podstawach hydroterapii (Wykład habilitacyjny) (c. d.); Ślusarczyka: Śmierć z powieszenia, wykluczenie samobójstwa. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 25: Dunina: Kilka uwag o gorączce zimniczéj ciągłéj; Chałubińskiego: O cholerze (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod topolkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 4 lipca 1885. **№ 27.** Rok XXIV.

I. Z Zakładu farmakologicznego prof. Dra Łazarskiego w Krakowie.

Kilka uwag o jodoformie.

Podał Dr. Antoni Wachtel,
demonstrator przy katedrze farmakologii.

(Dokończenie. Patrz Nr. 26).

Jodoform w ten sam sposób, t. j. w zawiesinie lub w stanie suchym podskórnie psom podawany, zachowywał się odmiennie, jeżeli znaczniejsza ilość tłuszczu znajdowała się w tkance podskórnéj. W takim bowiem razie można było już w krótkim czasie spostrzegać objawy intoksykacyi. Uwzględniając fakt, że u psów źle odżywionych ta sama dawka jodoformu o wiele późniéj objawy intoksykacyi wywoływała lub też wcale szkodliwą się nie okazywała, można wnosić, że tłuszcz tkanki podskórnéj i w ogóle każdego miejsca aplikacyi jodoformu do szybkiego rozpuszczenia i wessania onego przyczyniać się musi; tłumaczy nam ten fakt także wyż wspomniany niestosunek w działaniu jodoformu w różnych postaciach stosowanego. Powyżéj wspomniane doświadczenia, w których jodoform stosowany nawet w zawiesinie oliwnéj (w większych dawkach) nie wywoływał objawów intoksykacyi, tłumaczyćby można na zasadzie wyżéj wspomnianych faktów tém, że zwierzęta odnośne nie posiadały podściółki tłuszczowéj, a tylko nieznaczna ilość jodoformu w oliwie mogła być rozpuszczona; tak że oliwa zawierająca jodoform w rozczynie szybko wessaną została, podczas gdy reszta jodoformu niezmieniona pozostała w miejscu aplikacyi i mogła być otorbioną. Ponieważ wytłumaczenie działania jodoformu stoi w bardzo ścisłym związku z wytwarzającemi się solami jodowemi, jakto już z wyż przytoczonych własności jodoformu łatwo wywnioskować można, przytoczę więc jeszcze w krótkości wyniki doświadczeń robionych z temi solami, względnie z jodanem i jodkiem sodowym. Binz na podstawie pracy wykonanéj przez Möllera przypisuje jodanowi sodowemu działanie w pierwszym rzędzie narkotyczne a następnie porażające ośrodek oddechowy; porażenie to może być przez sztuczną respiracyję powstrzymane; w większych dawkach stosowany ma wywoływać śmierć wprost przez porażenie serca.

Nasze doświadczenia z jodanem sodowym na królikach ciężaru średniego 2000·0 gramów wykazały, że dawka 0·20 gr. zabija w przeciągu dwóch dni wśród ciągłéj śpiączki, przy coraz bardziéj upośledzonych odruchach; oddechy z początku przyspieszone, płytkie, stają się coraz rzadsze, następnie kurczowe, a w końcu zupełnie ustają, podczas gdy czynność serca jeszcze przez krótki czas się utrzymuje. Dawka 0·12 również podskórnie wstrzyknięta królikowi tego samego ciężaru wywołuje w krótkim czasie śpiączkę, oddechy płytkie, przyspieszone, brak łaknienia. Stan taki trwa przez 3 doby, poczém zwierzę powraca do stanu prawidłowego. We wszystkich przypadkach ślad jodków w moczu. Sekcyja wykazuje wybroczyny podopłucnowe, stłuszczenie narządów wewnętrznych, jakoto serca, wątroby i nerek.

Wyniki badań Binza, Möllera w głównych zarysach zgadzają się z naszemi; nie przytaczam ich tutaj szczegółowo, ponieważ sam miałem sposobność o wiele liczniejsze przypadki obserwować aniżeli Möller w swéj pracy opisuje. Zaznaczam tylko, że obraz chorobowy i sekcyjny zgodny jest z tym, który po stosowaniu jodoformu rozpuszczonego otrzymywałem.

Co do jodków potasowców wspomnę tylko, że po wstrzyknięciu podskórném dawki 2·0gr. królikom wagi średniéj 1·700gr. prócz nieznacznego wychudnienia i jodków w moczu, żadnych zmian spostrzedz nie było można. Jodki potasowców wstrzyknięte razem z jodanami, również nie wywoływały takiego wpływu, któryby się nie dał odnieść tylko do działania samych jodanów.

Dla uzupełnienia jeszcze i dla zdania sobie sprawy z wszystkich możliwych czynników jodoformu, z któremi śród stosowania go w ustroju liczyć się wypada, wstrzyki-

19

wałem królikom sam jod w oliwie rozpuszczony. Chcąc opisać poszczególne objawy tak za życia jakoteż po śmierci spostrzegane, musiałbym prawie wszystko powtórzyć co mówiąc o jodoformie i jodanie sodowym przytoczyłem. Wspomnę tylko, że po jodzie spostrzegać mogłem bardzo wybitną śpiączkę, mianowicie u królików młodych, rozpoczynającą się w godzinę po wstrzyknięciu a trwającą przez cały czas aż do śmierci, która najwcześniéj po dwóch dobach następowała.

I tutaj badanie chemiczne wykazało jodki we wszystkich niemal tkaninach i płynach ustroju, jakoteż w miejscu aplikacyi jodu, jodanów, lecz jodu wolnego nigdzie wykryć nie zdołałem. Stłuszczenie wątroby przedstawiało mi się jeszcze wybitniéj niż po stosowaniu jodoformu lub jodanu sodowego. W ogólności stwierdzić mogłem, że dawki jodu narkotyzujące, a względnie zabójcze, odpowiadały w przybliżeniu dawkom jodoformu; rozumie się z uwzględnieniem wszystkich już przy jodoformie omówionych warunków. Okoliczność ta wcale nas nie uderza, jeżeli uwzględnimy, że w 1·0gr. jodoformu znajduje się przeszło 0·96gr. jodu.

Stwierdziliśmy zatém identyczność w działaniu jodoformu, jodanów i jodu czystego, musimy sobie jednak zadać pytanie, czy teoryja Binza wystarcza do objaśnienia działania jodoformu.

Z uwagi na wyż wymienione spostrzeżenia, w których stwierdziłem (podobnie jak Binz) że o wiele mniejsza dawka jodanu sodowego aniżeli jodoformu lub jodu wystarcza do wywołania objawów zatrucia, z uwagi daléj na tę okoliczność, iż trudno wytłumaczyć sobie można działanie zabójczych dawek jodanów tylko ilością jodu w nich się znajdującą, nie możemy w całości przychylić się do teoryi Binza, dla którego jod *in statu nascendi* śród działania jodoformu i jodanów główną rolę odgrywa.

Jeżeli się daléj uwzględni fakty, że jodany i jodki razem podskórnie wstrzyknięte zupełnie tak samo działają jak same jodany a według Binza jodki obok jodanów musiałyby działanie tych ostatnich spotęgować, to skłonni jesteśmy działanie fizyjologiczne jodoformu tłumaczyć inaczéj aniżeli Binz.

Po stosowaniu jodoformu tworzą się w ustroju jodany i jodki (Binz), zdaje nam się jednak, że proces utleniania się jodu na jodany a następnie proces odtlenienia się jodanów w ustroju główną rolę w działaniu jodoformu odgrywać musi. Bo jeżeli trudno sobie wytłumaczyć, jak mała ilość jodu w zabójczéj dawce jodanów do ustroju wprowadzonych jest w stanie wywołać znane nam zmiany, to przecież łatwiéj takowe wytłumaczymy, jeżeli przypuścimy, że jodan utworzony w ustroju z jodoformu lub téż jako taki zastósowany odtlenia się szybko wytwarzając jod, któryto ostatni w ustroju znów znajduje warunki do zamiany na jodany i jodki. Ten proces utlenienia i odtlenienia jodu trwać musi w ustroju dopóty, dopóki cała ilość jodu w postaci jodku potasowców wydzieloną nie zostanie.

Zgadzamy się więc w ogólności z teoryją Binza co do wytworzenia się jodków i jodanów z jodoformu w ustroju i z następowym rozkładem tych soli na jod, kładziemy jednakże główny nacisk na proces utlenienia i odtlenienia się jodu. Sam jod zaś jako taki byłby w stanie zmieniać komórki w ustroju chemicznie a tém samém i funkcyjonalnie ale główna część onego służyłaby tylko do przenoszenia tlenu na tkanki.

Czy ta teoryja utrzyma się na przyszłość, tego nie jesteśmy w stanie z pewnością twierdzić, gdyż nie mamy nawet pojęcia, jakim przeobrażeniom chemicznym ulega połączenie CH powstałe z rozkładu jodoformu. Możnaby tu zapuścić się w różne kombinacyje, możnaby przypuścić, że z połączenia tego utworzy się wodnik węgla lub téż jakiś alkohol wywierający pewien wpływ narkotyzujący.

W końcu wspomnieć muszę o zanieczyszczeniach jodoformu. Rozumie się samo przez się, że o takich tutaj w pierwszym rzędzie mówić można, które z fabrykacyją jodoformu w ścisłym pozostają związku. Już z góry przewidywać można było, że w jodoformach nie zupełnie czystych znajdować się muszą jodki i jodany. Bouma (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1883) twierdzi, że w niektórych przypadkach intoksykacyi przez niego w klinice Hersona obserwowanych jodoform mniéj lub więcéj był zanieczyszczony a ilość tych zanieczyszczeń przenosiła w jednym przypadku 8%. W tych zanieczyszczeniach upatruje on w części przyczynę intoksykacyi jodoformem. Podaje zarazem sposób badania czystości jodoformu, który na tém polega, że nastój wodny jodoformu zaprawia się azotanem srebrowym. Czysty jodoform, według niego, nie powinien dawać znaczniejszego osadu, chyba tylko nalot na dnie epruwetki nieczerniejący nawet po 24 godzinach. Czém były te zanieczyszczenia w jodoformach przez Boumę badanych, tego z dotyczącéj publikacyi dowiedzieć się nie można.

Badałem przeszło 25 jodoformów w ten sposób, że pozostawiałem je przez 24 godzin w wodzie destylowanéj w ciemném miejscu; następnie odsączałem, a odsącz odparowywałem na łaźni wodnéj do suchości. Pozostałość żółto zabarwioną ważyłem dokładnie i przekonałem się, że wynosiła od 0·01 do 0·75 grama na 100 gramów jodoformu, a więc nigdy więcéj niż $^3/_4$%. W dwóch przypadkach wyciąg wodny miał zapach terpentyny, od czego jednak zapach ten zawisł, nie mogłem stwierdzić. Badania chemiczne tych pozostałości okazały, że jak się tego można było spodziewać składały się z jodków i jodanów; jodany znajdowały się w minimalnéj ilości, tak że zwykłemi odczynnikami, jak np. azotanem barowym, kwasem siarkowodowym, nie można ich było wykazać. Posługiwałem się zatém własnością jodków i jodanów wydzielania jodu wobec kwasów mineralnych i w ten sposób mogłem wykryć nawet ślady jodanów. Można z góry powiedzieć, że prawie każdy jodoform zawiera te zanieczyszczenia w małych ilościach, ponieważ obecność ich zawisła od tego, czy jodoform starannie lub mniéj starannie w fabrykach wodą przemyty został. Całą ilość zanieczyszczeń z poszczególnych jodoformów wstrzykiwałem następnie królikom, ażeby się przekonać, czy prócz soli jodowych znajdują się jeszcze inne składniki, któreby trujące działanie wywrzeć były w stanie. Wynik w tym kierunku był zupełnie ujemny, nie dało się bowiem żadnych zmian na królikach spostrzedz a sama ilość jodanów była za małą, ażeby swój wpływ trujący wywrzeć mogła. Z powyższego wynika: 1) Jodany wprawdzie we wszystkich jodoformach badanych znajdowały się jednak w tak małéj ilości, że ich uwzględniać nie potrzeba; bo chociażby wciągnięto w rachubę największe ilości zanieczyszczeń wynoszące 0·75gr. na 100·0gr. jodoformu, to przecież ta część, ktora na jodany przypada, rozłożona na całą ilość 100 gramową jodoformu, nie może żadnego mieć wpływu a tém mniéj, jeżeli się uwzględni, że dzisiaj jodoform znacznie oględniéj stosują niż dawniéj.

2) Próba podana przez Boumę w celu badania czystości jodoformu azotanem srebrowym, nie podaje nic więcéj jak tylko możebną obecność soli jodowych, obecności zaś jo-

danów wcale nie wskazuje i z tego powodu nie ma praktycznéj doniosłości.

3) Gdyby nastój wodny jodoformu zwykłemi odczynnikami na jodany badany dawał wyraźny osad, wówczas należałoby się wystrzegać stosowania takiego jodoformu.

II. Przyczynek do statystyki i kazuistyki nieżytu dróg oddechowych, jego następstw i powikłań.

(Urywek ze sprawozdania za r. 1883).

Przez prymaryjusza **Dra St. Paszkowskiego.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

9. Katarzyna Marciszewska lat 60 licząca przybyła 5/3 umarła 10/3 o 1883 godz. $2^1/_2$ w. z rozpoznaniem *Bronchitis diffusa, emphysema pulmonum, tumor hepatis, hydrops universalis, albuminuria.* Od kilku tygodni duszność i kaszel. Stan obecny d. 6/3: Odżywienie liche. Twarz i odnogi górne obrzękłe sino zabarwione; duszność wdechowa; obrzęk nóg. Szczyty płuc wolne; znaczny nieżyt włosowaty w dolnych tylnych częściach płuc, puchlina piersiowa obustronna. Opuchlina worka sercowego; tony głuche. Opuchlina brzucha; wątroba na 3 palce niżéj łuku żebrowego; śledziona niepowiększona. W moczu ślad białka. Ciepłota 37° C. tętno 96.

Rozpoznanie anatomiczne: *Induratio fibrosa apicum pulmonum, caverna bronchectatica apicis dextri; emphysema partium anteriorum; Hyperaemia et oedema posteriorum pulmonum. Bronchitis diffusa chronica; pleuritis fibrosa bilateralis praestans. Hypertrophia concentrica totius cordis praecipue dextri et degeneratio adiposa musculi cordis. Endocarditis chronica et verrucosa recentior valvulae bicuspidalis et valvularum semilunarium aortae. Processus atheromatosus praestans aortae. Perihepatitis fibrosa. Hyperaemia passiva et degeneratio adiposa hepatis. Tumor lienis chronicus; atrophia senilis et degeneratio adiposa renum. Catarrhus ventriculi chronicus, hydrops, anasarca, ascites.*

Że wśród obrzęku w tkance podskórnéj objawy induracyi włóknistéj w szczytach uszły uwadze to zadziwiać może tém mniéj, ile że zmiany były symetryczne; jama rózstrzeniowa była nieznaczna i w środku miąższu, i dla tego nie dawała objawów charakterystycznych. Obrzęk płuc był objawem terminalnym; objawów włóknistego zgrubienia opłucny wyśledzić za życia nie można było w tym przypadku zwłaszcza że były one obustronne a przy ogólnéj opuchlinie stłumienie w dolnych częściach z osłabieniem szmerów oddechowych uważano za znak opuchliny klatki piersiowéj (*Hydrothorax*), któréj sekcyja nie wykazała, również jak nie wykazała opuchliny worka sercowego (*Hydropericardium*), a natomiast przerost serca przeważnie prawego. Wzmocnienia drugiego tonu nad tętnicą główną i płucną nie było z powodu już istniejącego zwyrodnienia mięśnia sercowego (*degeneratio adiposa musculi cordis*). Zmian w śródsierdziu i w tętnicy głównéj, które sekcyja wykazała za życia, wykazać nie mogliśmy. *Perihepatitis fibrosa* nigdy zgoła żadnych nie daje oznak rozpoznawczych. Wśród opuchliny brzucha wybadanie zapomocą wypuku powiększenia śledziony było niemożebném; śledziona macalną nie była. Białkomocz odpowiadał stłuszczonéj i zanikłéj nerce (*atrophia senilis et degeneratio adiposa*). Objawem zastoinowego nieżytu kiszek było zaparcie stolca.

10. Maryja Raźniakowa l. 70 zarobnica przybyła 9/7 zmarła 16/7 1883. Od trzech tygodni ogólne osłabienie, kaszel i bóle w podżebrzach. Stan obecny 10/7: Odżywienie liche, skóra blada, język obłożony, rozedma płuc znaczna, w prawym szczycie nad i pod obojczykiem drobniutkie rzężenia pokrywające wdech. Nieżyt oskrzelowy bardzo znaczny z tyłu i dołu, po obu stronach, plwociny ropiaste; tony dźwięczne, pierwszy nad tętnicą główną tępy, przerost lewéj komórki serca; żyły szyjne wydęte. Przepuklina prawa pachwinowa. Wątroba pod łukiem żebrowym macalna; w moczu ślad białka, stan bezgorączkowy, tętno 108.

Rozpoznanie kliniczne: *Bronchitis capillaris, emphysema pulmonum majoris gradus, tumor hepatis.*

Rozpoznanie anatomiczne: *Emphysema pulmonum, bronchitis diffusa. Pneumonia crouposa in stadio hepatisationis griseae totius lobi medii pulmonis dextri. Pneumokoniosis, hypertrophia excentrica cordis praecipue ventriculi dextri, degeneratio adiposa musculi cordis. Processus atheromatosus aortae, arteriarum coronariarum cordis et arteriarum ad basim cerebri; hyperaemia passiva, degeneratio adiposa et atrophia hepatis. Atrophia lienis, atrophia renum. Catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus in stadio atrophiae membranae mucosae cum hypertrophia et degeneratione fibrosa glandularum mesaraicarum. Marasmus universalis, hydrops, ascites, hydrothorax et hydropericardium.*

Zapalenie płuca prawego w średnim płacie z charakterem adynamicznym niezamarkowane objawem ogólnym (stan bezgorączkowy) nie dało się za życia wśród bardzo znacznego nieżytu oskrzelowego (*Bronchitis capillaris*) miejscowo wyśledzić. Przeoczenie bowiem jest prawie niemożebném bo w przewlekłych chorobach przy najmniejszém pogorszeniu każdy chory bywa badany dokładnie a w późnym okresie choroby, jak w niniejszym przypadku, bezwzględnie codziennie. Objawów pylicy zgoła nie było ani dat anamnestycznych, przemawiających za tą sprawą. Objawy przerostu lewéj komórki zanotowano w historyi choroby, również objawy sprawy miażdżycowéj w tętnicy głównéj; przerostu prawéj komórki, który sekcyja wyraźnie stwierdziła, nie rozpoznano za życia. Zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego miejscowych objawów nie dawało tylko następowe (opuchlina ogólna i tętno nikłe). Sprawa miażdżycowa w tętnicach wieńcowych, którą sekcyja dopiero wykazała, nie dawała zgoła żadnych objawów pewnych: arytmyi, tętna zwolnionego i napadów duszności w tym przypadku wcale nie zauważono. Gdybyśmy przyjąć mogli, że każde zwyrodnienie serca musi mieć za przyczynę pewne zmiany anatomiczne bądź to w tętnicach odżywiających serce bądź w narządzie krążenia w ogólności a przypuścić, że zwyrodnienie serca tłuszczowe samoistne, występuje tylko skutkiem zakażenia czy to ogólnego czy chery; wtedy możnaby szybko postępującą degeneracyję tłuszczową serca (ogólna opuchlina, tętno nikłe) w niestosunku będącą do powyżéj przytoczonych zmian jako swéj przyczyny, po wykluczeniu ogólnéj skaży i chery, odnieść miażdżycę tętnic wieńcowych. Objaw ten niepewny w prawdzie, jak w ogóle każdy ujemny z wykluczenia wynikły, mógłby w wątpliwych przypadkach przecież być wielce pomocnym. Co się tyczy zmiany następowéj wątroby rozpoznano poczynający zanik takowéj albowiem za mało była powiększoną w obec innych bardzo wybitnych objawów zastoinowych. Białkomocz był objawem zanikającéj już nerki. Nieżyt żołądka i kiszek w okresie zaniku błony śluzowéj i z przerostem i przeobrażeniem włóknistém gruczołów krezkowych, jak już w dwu przypadkach tak i tutaj, prócz zaparcia stolca (zwykłego objawu zastoinowego kiszek) zgoła żadnych innych oznak nie dawał za życia.

11. U Julijanny Czeczudłowéj 46 lat liczącéj zarobnicy przyjętéj d. 13/9 a zmarłéj 3/10 1883 r., u któréj rozpoznano: *„Bronchitis chronica emphysema pulmonum in potatrice, tumor hepatis, tumor lienis malaricus“* zanotować wypada przy pierwszém badaniu (d. 14/9) obok objawów wynikłych ze zmian wyżéj rozpoznanych: 1) arytmiję tętna z typem regularnym uderzenia serca powtarzają się w 8 tempach, po po których są krótkie pauzy (—◡—◡—◡◡ potém pauza i znów jak wyżéj) tony nad tętnicą płucną i nad główną dźwięczne. 2) Wątroba na 4 palce niżéj łuku żebrowego macalna. Śledziona pod łukiem żebrowym macalna o brzegu grubym, niebolesnym. 3) Stan podgorączkowy (między 37° —38·5°) z nasileniem wieczorném. Przebieg: 16/9 w obu szczytach wdech mocno zaostrzony; d. 22/9 zanotowano żółtaczkę małego stopnia; 1/10 tętno słabe; 2/10 mocz, który przedtém zawierał sporo białka, nie zawiera białka.

Rozpoznanie anatomiczne: *Broncho-pneumonia tuberculosa chronica diffusa et discreta pulmonis utriusque praecipue apicis pulmonis sinistri, emphysema marginale. Hyperaemia et oedema acutum pulmonum; degeneratio adiposa musculi cordis; infiltratio adiposa et billosa hepatis; tumor lienis recens. Atrophia marantica et degeneratio adiposa renum. Catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus. Icterus levioris gradus. Marasmus.*

W ciągu trzechtygodniowéj obserwacyi nie można było wykazać nacieków w płucach, które wykazała sekcyja wprawdzie rozsiane. Arytmija za życia odpowiadała tylko zwyrodnieniu tłuszczowemu serca, o zmianach w tętnicach wieńcowych milczy protokół, wątroba stłuszczona. W nerkach zanik starczy i zwyrodnienie tłuszczowe. Oprócz stanu podgorączkowego z nasileniem wieczorném zanotowano d. 16/9 wyraźne zaostrzenie oddechu w obu szczytach; drobniutkich wilgotnych rzężeń słychać nie było; zmian wypukowych nie było żadnych. Stan gorączkowy tłumaczono sobie skutkiem nasilenia nieżytu oskrzelowego; z początku nawet wobec obrzęku śledziony myślano o zimnicy. Świeży obrzęk wykazany przy sekcyi odpowiada, naszém zdaniem, powiększeniu śledziony w ostréj zakaźnéj chorobie, jaką jest gruźlica, któréj przebieg w tym przypadku był przyostry. Przerostu prawéj komory serca nie było.

12. Jadwiga Knapczyńska l. 52 zarobnica przybyła d. 14/12 zmarła d. 27/12 1883 z rozpoznaniem: *Bronchitis diffusa, emphysema pulmonum, pneumonia lobularis sinistra, tumor hepatis, albuminuria.* Od 4 miesięcy kaszel, od 2 tygodni pogorszenie: duszność, kłucie w łewym boku i opuchlina nóg. Stan obecny: Budowa dobra, odżywienie liche, żyły szyjne wydęte, obrzęk nóg i twarzy. Rozedma płuc znaczna, *bronchitis diffusa*; w dolnéj części po stronie lewéj z tyłu klatki piersiowéj bardzo liczne drobniutkie rzężenia pokrywające wdech; tony czyste; opuchlina brzucha; lewy płat wątroby macalny. Przebieg 15/12 ciepłota 38° C. 37° C., tętno bardzo drobne 108. n. m.; 16/12 zanotowano sinicę na twarzy; 21/12 bardzo znaczną duszność; przez cały czas pobytu zaparcie stolca.

Rozpoznanie anatomiczne: *Emphysema pulmonum. Hyperaemia et oedema pulmonum acutum; bronchitis diffusa; degeneratio adiposa cordis et hepatis et atrophia. Gastro- et entero-catarrhus chronicus. Tumor lienis chronicus; hydrothorax, ascites, anasarca, anaemia.*

Obrzęk śledziony za życia niewybadany, zresztą protokół sekcyjny odpowiada rozpoznaniu za życia. Ostry obrzęk płuc jako sprawa końcowa. Z objawów stłuszczenia serca były tylko tętno bardzo słabe i zmiany zastoinowe. Zaparcie stolca jako objaw nieżytu kiszek zastoinowego. Przerostu prawéj komory serca sekcyja nie wykazała ani go za życia stwierdzić nie można było.

13. Agnieszka Barchanikowa l. 46 żona zarobnika przybyła dnia 30/10 umarła 20/12 83. Rozpoznanie: *Bronchitis capillaris post pneumoniam dextram; gastritis, tumor lienis malaricus; pleuritis sinistra, enteritis follicularis.* Sekcyja robiona w zakładzie anatomii opisowéj wykazała: *Pneumonia cruposa dextra in stadio resolutionis, emphysema pulmonum.* Co do reszty zmian w innych narządach milczy protokół sekcyjny.

14. Jakób Wziątkowski l. 83 krawiec przybył 13/2 zmarł 15/2. Od $1^1/_2$ roku osłabienie, od roku nie chodzi, od 3 miesięcy odleżyna na kości krzyżowéj. Budowa dobra, odżywienie liche, obrzęk kończyn dolnych, kończyny chłodne; odleżyna na kości krzyżowéj. Z tyłu klatki piersiowéj po obu stronach objawy znacznego nieżytu oskrzelowego odgłos wypukowy w dolnéj części klatki piersiowéj po obu stronach stłumiony; rozedma płuc bardzo znaczna po prawéj nad obojczykiem oddech słabszy tamże klatka piersiowa zapadła; w pasze po pr. oddech także słabszy. Tętno słabe, nad tętnicą główną tony dźwięczne. Stan bezgorączkowy (36° C.—37° C.) tętno w l. 54. Rozpoznanie kliniczne: *Bronchitis diffusa, emphysema pulmonum, atheroma aortae, residua exudati pleuritici dextri, marasmus senilis.*

Rozpoznanie anatomiczne: *Bronchitis diffusa chronica, emphysema pulmonum senile, anthracosis et compressio partium posteriorum levioris gradus ex hydrothorace pulmonis utriusque. Hypertrophia excentrica cordis dextri, degeneratio fusca et adiposa musculi cordis, processus atheromatosus aortae levioris gradus nec non arteriarum coronariarum cordis. Atrophia senilis ingens hepatis, lienis et renum, catarrhus ventriculi chronicus. Hydrops universalis praecipue hydrothorax; marasmus.*

Objawami miażdżycy były dźwięczne tony nad aortą. Zmiany w prawém płucu jako to: zapadnięcie klatki piersiowéj z przodu pod obojczykiem i oddech słabszy tamże uważaliśmy jako zaciągnięcie klatki piersiowéj po wypocinie opłucnowéj, tymczasem odpowiadały one węglicy dla któréj zresztą ani momentu ajtyjologicznego, ani żadnych zmian w plwocinach nie było. Objawów przerostu prawéj komórki mimo znacznego nieżytu i znacznéj rozedmy płucowéj nie było zgoła dla tego, że akcyja serca była bardzo słaba (tętno nikłe), a więc zaostrzenia drugiego tonu nad tętnicą płucową wykazać nie można było, a stwierdzenie powiększenia stłumienia odgłosu wypukowego w wymiarze poprzecznym z powodu bardzo znacznéj rozedmy płucowéj było niemożebném. Dla rozpoznania sprawy miażdżycowéj w tętnicach wieńcowych brak było za życia podstawy chyba domyślać się można było jakieś zmiany odżywczéj w sercu z tętna bardzo wolnego (54). Zanik wątroby można było na pewno rozpoznać już dla tego, że mimo znacznego nieżytu oskrzelowego i objawów zastoinowych w innych narządach (*Hydrops, ascites, Hydrothorax,* białkomocz) nie można było wykazać powiększenia wątroby, ani jéj obniżenia. Objawów zastoinowego nieżytu żołądka nie mogliśmy zauważyć z powodu krótkości czasu. (Dok. nast.).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Doutrelepont i Dr Schütz: **O laseсznikach w kile.**

W listopadzie zeszłego roku ogłosił Lustgarten, że w dwóch stwardniałościach pierwotnéj kiły i w jednym guzie kilakowym wykrył łaseczniki swoiste kiłowe, podobne tak pod względem wielkości jakotéż postaci do prątków gruźliczych. Niespełna w miesiąc późniéj prof. Doutrelepont miał wykład w Tow. lek. w Bonnie o wynikach swych od dawna przedsięwziętych badań nad prątkami kiłowemi nadmieniając, że laseczniki kiłowe w ogólności bardzo trudno przyjmują barwik. Obecnie po długich i rozlicznych próbach udało się autorom wynaleźć najodpowiedniejszy sposób barwienia prątków w mowie będących. Kawałeczki tkaniny kiłowéj, stwardniałéj w wyskoku, wkładają na 10 minut do wody, poczém zamroziwszy je na metalowéj płycie mikrotomu krają na bardzo cieniutkie skrawki. Skrawki te zanurzają w $\frac{1}{2}\%$ rozczynie soli kuchennéj, a następnie odwadniają w wyskoku tak długo, dopóki nie znikną w nich wszelkie bańki powietrza. Do barwienia tak przygotowanych skrawków używają 1% rozczynu fijołkowego barwika goryczki (*Gentianviolett*). W tym barwiku leżą skrawki przez 24—48 godzin. Odbarwienie skrawków odbywa się najprzód przez kilka sekund w słabym roztworze kwasu azotowego (1 : 15 wody), a następnie w wyskoku 60%, w którym przebywają przez 5—10 minut. Skrawki posiadające barwę blado-fijołkowo-niebieską wkłada się teraz do wodnego rozczynu safraniny, gdzie w kilku minutach barwią się pięknie czerwono. Ztąd przenosi się je do 50% wyskoku na kilka sekund, poczém odwadnia się je w wyskoku bezwzględnym, wyjaśnia w olejku cedrowym i zamyka w balsamie kanadyjskim. Do badania mikroskopowego używa się immersyi $\frac{1}{12}$ Zeissa i oświetlenia Abbégo.

Przy zastosowaniu téj metody barwią się laseczniki kiłowe niebiesko, a tkanka jasnoczerwono. Komórki tuczne (*Mastzellen*) Ehrlicha są ciemno niebieskie, o jądrze silnie czerwoném, naciek drobnokomórkowy posiada barwę czerwoną, a nadto znajdują się wielkie bladoróżowe komórki ziarniste. Prątki kiłowe przedstawiają się jako łaseczki proste lub nieco skrzywione i okazują czasem we wnętrzu swém jasne punkciki (zarodniki?). Najobficiéj znajdują się na granicy między naciekiem drobnokomórkowym a tkanką zdrową. Świeża stwardniałość kiłowa nadaje się najlepiéj do badania. Opisane prątki znaleziono w tworach tak w pierwszorzędnéj, jakotéż drugorzędnéj i trzeciorzędnéj kiły. Hodowle lasecznika kiłowego nie zostały jeszcze uwieńczone pomyślnym rezultatem. Jeżeli się atoli uwzględni, że również nie powiodło się dotychczas przeszczepienie kiły na zwierzęta, to przypuścić należy, że do hodowania prątka kiłowego potrzeba może surowicy z krwi ludzkiéj. (*Deutsche med. Wohenschrift* 1885. Nr. 19.). *Dr. Prus.*

Przyczynki do antyseptyki w chirurgii.

I.

Dr. Gaertner: **O działaniu dezinfekcyjném wodnego rozczynu kwasu karbolowego.**

Sądzono dawniéj, że zakażenie polega na procesie gnilnym, a miarą stopnia tegoż była właściwa woń. Późniéj przekonano się, że gnicie bez drobnoustrojów nie istnieje, szukano więc sposobów niszczenia ich, a jako oznakę śmierci uważano pozbawienie ich ruchu, a następnie zdolności rozwijania się i wzrostu. Aż dotąd badania wykonywano z mięszaninami rozmaitego rodzaju bakteryj, a szczególniéj z bakteryjami gnilnemi. Koch dopiero nauczył oddzielać jedne od drugich i udowodnił, że istnieją pewne postacie bakteryj, w których stają się one odporniejsze na wpływy zewnętrzne i nazwał je zarodnikami.

G. wspólnie z dr. Plaggem starał się rozwiązać pytanie, jak się zachowują te zarodniki względem środków dezinfekcyjnych pospolicie w chirurgii używanych i oznaczyć czas, w którym one działaniu tych środków ulegają. Do doświadczeń służyły następujące postacie bakteryj: *Staphylococcus pyogenes albus et aureus*, *micrococcus prodigiosus*, *mikrococcus tetragenes*, bezzarodkowe prątki wąglikowe, durowe, i nosaciznowe, łańcuszkowate koki gorączki połogowéj, róży i ropy, Löfflerowskie prątki błonicowe, wreszcie prątki z przypadku nieurazowego zapalenia opon mózgowych. Czyste hodowle tych bakteryj poddawano działaniu jedno-dwu i trój procentowego rozczynu kwasu karbolowego i rozczynu sublimatu (1:100) z następującemi wynikami: Prątek wąglikowy i nosaciznowy zabitym został już po 10 sekundach. Koki róży, *streptococcus pyogenes*, *mikr. tetragenes*, Löfflerowskie prątki błonicowe, prątki durowe stawiały opór działaniu 1% rozczynu kwasu karbolowego przez 60 sek., *mikr. prodigiosus* zaś, *staphyl. pyogenes albus* i *aureus* działaniu tegoż rozczynu przez 5 minut, a ostatni nawet działaniu 2% roz. kw. karbolowego przez 15 sek. Najodporniejszym okazał się prątek z zap. opon mózgowych niepowstałego na tle urazu. Wszystkie jednak wymienione bakteryje ginęły przy działaniu 3% roz. kw. karbolowego w przeciągu 8—11 sek.

Drugi szereg doświadczeń przedsięwziął G. w następujący sposób: Nitki jedwabiu wkładał do gelatyny. Przy działaniu 2 i 3% roz. kw. karbolowego w przeciągu 30 sek. koki pozostały nienaruszone i ginęły dopiero po upływie 5 minut.

Wiadomo, że najtrudniejszą do oczyszczenia jest skóra pokryta włosami, i aby się przekonać, czy przez zwykłe obmycie ze skóry takiéj drobnoustroje oddalić można, wykonał Gaertner następujące doświadczenie: Trzem świnkom morskim wcierał on na skórę grzbietu czyste hodowle grzybka łatwo rozpoznać się dającego. Przekonawszy się poprzednio, że grzybki na włosach rozmnażają się, obmywał po 3—4 godz. jednę świnkę czystą wodą, drugą wodą z mydłem, trzecią 3% roz. kw. karbolowego, a to każdą przez 20 sekund. Na włosach z pierwszéj swinki rozwijały się bardzo liczne kolonije grzybka, na drugiéj mniéj, na trzeciéj zaś wcale ich nie było. Z tego wnosi G., że tylko 3% roz. kw. karbolowego do zupełnéj dezinfekcyi rąk służyć może. Narzędzia chirurgiczne zamaczane w ropie zawierającéj stafylokoki, myte przez 5 sek. w wodzie, 3% kw. karbolowym lub 1‰ sublimacie i dokładnie obtarte nie wytwarzały kolonij grzybkowych. Na ręcznikach znaleziono bardzo nieliczne bakteryje. G. na podstawie tych doświadczeń przychodzi do wniosku, że 3% roz. kw. karbolowego odpowiada w zupełności celom antyseptyki w chirurgii a jedynym warunkiem jest bezpośrednie jego zetknięcie się z drobnoustrojami.

B. Baeza: **Nowe ciało antyseptyczne — Elenina.**

Eleninę odkrył Lefeche w r. 1860 przez destylacyję korzenia *Inula helenium*, skład chemiczny odpowiada formułce $C_6H_8O_2$. Jestto olejek lotny, stały, krystalizujący w pryzmach czworobocznych. Przed kilku jeszcze miesiącami elenina nie miała znaczenia lekarskiego; pierwszy Korab wykazał działanie fizyjologiczne tego ciała. Podług niego elenina zmniejsza znacznie ciśnienie krwi w *carotis*, czułość przełyku, zmniejsza wszystkie wydzieliny, powstrzymuje wykrztuszenie

wywołane salmiakiem. Przy sekcyi natrafia się na wielką suchość błony śluzowéj tchawicy i oskrzeli, w ogóle wywiera ona znaczny wpływ na wszystkie błony śluzowe, a w szczególności na narząd oddechowy, jest bardzo silném ciałem przeciwgnilném, wystarcza bowiem 0·50gr. eleniny do powstrzymania gnicia 5 litrów moczu. Według wskazówek Koraba zaczęto używać eleniny w suchotach płucnych. Następnie z powodu wyniku ujemnego w kilku przypadkach klinicznych zaczęto powątpiewać o jéj działaniu przeciwgnilném. Autor jednak powątpiewa o czystości eleniny użytéj w przypadkach ujemnych, ponieważ elenina używana w Walencyi, a pochodzenia zagranicznego badana przez autora, zostawiała wiele do życzenia pod względem czystości. Autor, pomijając inne działanie eleniny na organizm, zajmuje się wyłącznie jéj działaniem przeciwgnilném, które posiada w stopniu znacznie wyższym od wszystkich dotychczas znanych środków przeciwgnilnych, a nadto ma tę znaczną korzyść, iż można ją stosować wewnętrznie bez wywołania najmniejszych zaburzeń w organizmie.

Niektóre badania przedsięwzięte przez autora wykazują dostatecznie działanie przeciwgnilne eleniny. Autor porównywał działanie innych środków przeciwgnilnych, jak kwasu salicylowego, borowego, karbolowego i przekonał się o ich niższości w porównaniu z eleniną. Opowiada on, iż w jego laboratoryjum znajdowała się znaczna ilość owadów i że już zrezygnował z nadziei wytępienia ich, gdyż wszystkie środki używane zawiodły go. W czasie gdy zaczął destylować eleninę, znikły wszystkie te owady, miał więc podejrzenie, iż wyziewy eleniny wytępiły je. Podejrzenie to zamieniło się w pewność, kiedy po powtórzeniu doświadczenia w innych ubikacyjach tegoż domu otrzymał ten sam skutek, toż samo i muchy, które mu nie dawały spokoju, wyginęły. Badania jego potwierdzają również badania Koraba co się tyczy prątka gruźliczego. Autor przedsięwziął badania z wodą, w któréj znajdowały się wymoczki, jakoteż z płynami, w których hodowano bakteryje i przekonał się, iż po dodaniu jednéj tylko kropli zgęszczonego roztworu wyskokowego eleniny następowała albo zupełna śmierć, albotéż przynajmniéj powstrzymanie ruchów i rozwoju bakteryj.

Dla większego poparcia skuteczności eleniny podaje siedm przypadków różnych chorób, w których po bezskutecznem używaniu innych środków najużywańszych otrzymał szybkie i świetne wyniki po użyciu eleniny. W ostatnim przypadku chodziło o zimnicę u kobiety 46-letniéj. Chinin okazywał się bezskuteczny, chinin w połączeniu z eleniną (Chin. 1·00, elenini 0·25), a następnie sama elenina (0·02), dały pożądany skutek.

Na zakończenie zajmuje się jednym z odpadków eleniny, elenolem albo elentolem. Jestto płyn koloru czerwonawego lub czerwonego, na wiosnę płynny, w zimie krzepnący, formuła chemiczna $C_{10}H_{16}$. Otrzymuje się jako produkt uboczny przy fabrykacyi eleniny i w tym samym stosunku, co elenina. Elenol działa również przeciwgnilnie tylko w niższym stopniu, można go użyć z korzyścią w chirurgii, a szczególniéj zaleca go do tego użytku jego cena znacznie niższa. Podług autora nie należy podawać wewnętrznie elenolu, gdyż ma zły smak i wnet wzbudza odrazę. Badania przeprowadzali Knakstert, Lisitanus i Guibout. (*Gazzeta medica di Roma, Fascicolo 6, 15 marzo 1885*). *Dr. Janiszewski.*

Curschmann: **O dusznicy.**

Na jedném z posiedzeń Zjazdu lekarskiego w Wiesbadenie C. skreśliwszy krótki rys historyczny nauki o dusznicy, wylicza różne dotychczas istniejące zapatrywania co do przyrody dusznicy. Podczas gdy większa część autorów uważa skurcz mięśni oskrzelowych za najistotniejszą przyczynę dusznicy, odnoszą inni powstawanie dusznicy do kurczu przepony lub téż zaliczają dusznicę do nerwic błony śluzowéj oskrzeli. Autor uwzględnia tylko czystą formę dusznicy, objawiającą się klinicznie dusznością występującą w napadach, łączącą się z przedłużeniem wydechu, ze zwolnieniem oddechania i ostrém rozdęciem płuc. Dla łatwiejszego przeglądu dzieli C. dusznicę na 1) dusznicę pierwotną i 2) następową. Pierwsza zależy od schorzenia albo ośrodków nerwowych albo nerwów obwodowych narządu oddechania. Dusznica zaś następowa jest przyrody odruchowéj i ma swe źródło w chorobie różnych narządów, gdy tymczasem płuca mogą być równocześnie albo *a)* zupełnie zdrowe, albo téż *b)* przedstawiać pewne zmiany chorobowe. Najważniejszą postacią dusznicy następowéj jest tak nazwane przez autora „wypocinowe zapalenie oskrzelek“ (*Bronchiolitis exsudativa*). Przyczyną napadu dusznicowego są tu nietylko „nitki kręte“, (*Spirale*) wykryte przez Curschmanna w plwocinach lecz także podwyższona pobudliwość błony śluzowéj oskrzeli. Dusznica następowa przydarza się najczęściéj skutkiem polipów nosowych lub w ogólności skutkiem schorzenia błony śluzowéj nosa.

Leczenie dusznicy ma głównie dwa wskazania: leczenie poszczególnego napadu i usunięcie przyczyny chorobowéj. W celu uśmierzenia napadu jest najodpowiedniéj podać choremu morfin lub chloral. Przetwory wilczéj jagody, wdychiwania dymu z bieluniu, lulka itp. mają tylko względną wartość. W niektórych razach przerywają napad środki wymiotne. W przypadkach, w których przyczyną dusznicy jest schorzenie błony śluzowéj nosa może być skuteczném znieczulenie miejscowe kokainą. W „zapaleniu oskrzelek wypocinowém“ świadczy jodek potasu ważne usługi. Wydobycie polipa nosowego może usunąć dusznicę na zawsze wtedy, jeżeli nie ma powikłania z „zap. oskrzelek wypocinowém“.

Riegel rozróżnia ze stanowiska klinicznego dwie główne formy dusznicy, a mianowicie dusznicę sercową (*asthma cardiale*) i oskrzelową (*a. bronchiale*). Ze względu atoli, że dotychczas nie jest jeszcze rzeczą pewną, czy ta ostatnia forma dusznicy polega istotnie na kurczu mięśni oskrzelowych, radzi R. używać nazwy: dusznica płucna (*a. pulmonale s. respiratorium*)). Wykazano wprawdzie doświadczalnie, że różne bodźce mogą pobudzić do skurczu małe oskrzelka i że w chwili drażnienia nerwu błędnego kurczą się mięśnie gładkie oskrzeli, doświadczenia te jednak nie tłumaczą nam wszystkich objawów duszności. Riegel przekonał się, że rozdęcie płuc następuje przy drażnieniu dośrodkowego końca nerwu błędnego, a więc w drodze odruchowéj prawdopodobnie za pośrednictwem nerwu przeponowego. Na téj podstawie popiera R. teoryję, tłumaczącą dusznicę kurczem przepony, dodając zarazem, że dla zrozumienia wszystkich objawów dusznicy przypuścić należy nadto przekrwienie naczynioruchowe błony śluzowéj oskrzeli. (*Wien. med. Blätter*, 1885, Nr. 23). *Dr. Prus.*

Guttmann: **O środkach przeciwgorączkowych.**

Pytanie, czy środki przeciwgorączkowe zmniejszając ciepłotę ustroju, przynoszą choremu istotną korzyść, nie jest jeszcze dotychczas stanowczo rozstrzygniętém. To pewna, że czas trwania chorób ostrych nie skraca się wcale pod wpływem leczenia przeciwgorączkowego. Tak np. ma się rzecz w zapaleniu płuc włóknikowém, odrze, płonicy, durze plami-

stym itp. Średni czas trwania duru brzusznego obliczył G. na 49·45 dni, opierając się na 9-letniéj własnéj statystyce. Liczba ta odnosi się do chorych leczonych środkami przeciwgorączkowemi, głównie kąpielami i chininem. Gläser nie stosując żadnych środków przeciw gorączce otrzymał liczbę 49, oznaczającą średnie trwanie duru brzusznego, a Ebstein jeszcze znacznie mniejszą, bo tylko 29. Podczas gdy Gläser oblicza śmiertelność z duru brzusznego na 3%, a Ebstein na $5\frac{1}{2}$%, wykazuje Guttmann następujący procent śmiertelności od roku 1876 do 1885: 10·2, — 17·1, — 9, — 8·8, — 14·7, — 19·1, — 19·4, — 10, — 13·3. Otóż na podstawie tych dat wysnuwa Guttmann wniosek, że tak znaczne różnice co do śmiertelności w poszczególnych latach zależeć muszą nie od sposobu leczenia, leczenie bowiem było niemal zawsze jednakie, lecz od złośliwości epidemii. Mimo to jednak nie można, zdaniem autora, odmówić korzystnego wpływu środków przeciwgorączkowych na przebieg choroby. Od czasu bowiem wprowadzenia kąpieli jako środka obniżającego ciepłotę zmniejszyła się znacznie śmiertelność w durze brzusznym. Powtóre nie można zaprzeczyć, że objawy chorobowe szczególnie ze strony mózgu są znacznie łagodniejsze wśród leczenia przeciwgorączkowego.

Ze środków obniżających ciepłotę omawia najprzód autor kąpiele zimne. Po kąpieli w wodzie o 22°R, którą w ciągu 5 minut obniża się na 18°R., a w któréj chory przebywa 10 do 15 minut, obniża się ciepłota ciała najczęściéj o $1\frac{1}{2}$ lub 2°C., czasem tytko o 1°C., nieraz zaś o $2\frac{1}{2}$ do 3°C. Rozumie się samo przez się, że u osób wrażliwych używa się początkowo cieplejszéj kąpieli, a więc o 24°R. lub nawet o 27°R. Niższéj ciepłoty niż 18°R. nie trzeba stosować nawet u osób silnie zbudowanych. Działanie przeciwgorączkowe kąpieli najwidoczniejszém jest w późnych godzinach wieczór, kiedy ciepłota ustroju okazuje dążność do obniżania się. Najpowszechniéj używano dotychczas kąpieli w przebiegu duru brzusznego, w którym ciepłota ciała przekraczająca 39·5°C. była wskazówką ponowienia kąpieli. Kąpiel jest przeciwwskazaną wobec znacznego upadku sił chorego, wśród zapalenia płuc opadowego lub krwotoku kiszkowego.

Chinin obniża ciepłotę tylko wtedy, jeżeli jest podanym w sporéj dawce $1\frac{1}{2}$—2 gramów na raz. Po 4—6 godzinach opada ciepłota o 1 lub 2 stopnie. Obniżenie ciepłoty utrzymuje się przez kilka godzin, poczém ciepłota podnosi się znów zwolna. Najodpowiedniéj podawać chinin po południu, gdyż nocne obniżenie się gorączki sumuje się z działaniem chininu, a chorzy mogą się pokrzepić tém spokojniejszém snem. (Dok. nast.)

Wiadomości pomniejsze.

(W.) W praktyce sądowéj prof. Brouardela zdarzył się następujący ciekawy fakt, który nasunął pytanie: **czy dziecko ssące może umrzeć od arszeniku, podanego matce?** Na człowieka, który podrobił dokumenty, aby zagrabić majątek swéj żony i teściowéj, jednocześnie padło podejrzenie, że starał się otruć arszenikiem żonę, karmiącą swoje dziecko. Żona miała wymioty i rozwolnienie, które jednak nie pociągnęły za sobą dalszych następstw; ale po kilku dniach dziecko jéj umarło śród objawów choleryny; ponieważ to działo się w lecie, więc większéj uwagi na to nie zwrócono. Kiedy po upływie pół roku powstało podejrzenie, wydobyto ciało dziecka, ważyło ono już tylko $2\frac{1}{2}$ kilo i zawierało 5 mlgr. arszeniku; ani w bieliźnie, w którą był zawinięty trup, ani w otaczającéj ziemi nie znaleziono arszeniku. Ponieważ dokładnych doświadczeń o przechodzeniu arszeniku do mleka dotąd nie było, więc na prośbę Brouardela Dr. Pouchet w szpitalu Saint-Louis podawał mamkom rozczyn Fowlera (od 2—12 kropel), przyczém znajdowano w mleku stosunkowo znaczne ilości arsenu: w mleku mamki, która brała w przeciągu 6 dni po 8 mlgr. arsenu, znaleziono 1 mlgr. arsenu na 100 grm. Doświadczenia na zwierzętach dały niedokładne rezultaty. Opierając się na dowiedzionéj możności przechodzenia arsenu do mleka, Brouardel orzekł, że arsen, znaleziony w trupie, mógł się dostać do ciała niemowlęcia i za pośrednictwem mleka matki. Sąd skazał oskarżonego ojca na 20 lat do robót ciężkich. (*La Sem. med.*).

(W.) Dr. Irwin, który był przez kilka lat lekarzem okrętowym, rozbiera **wpływ podróży morskiéj na narząd płciowy u kobiet.** Jako materyjał służyła mu obserwacyja 451 kobiet. W znacznéj większości przypadków podróż morska wpływa na miesiączkę w ten sposób, że zmienia czas pojawienia się, trwania, ilość i bóle. Najczęściéj zauważa się przedwczesne pojawienie się miesiączki, szczególniéj jeżeli podróż nastąpiła w przeciągu pierwszych 10 dni po peryjodzie. Najnieprzyjemniejszém następstwem podróży morskiéj są bóle miesiączkowe, zwykle podczas podróży z większém występujące nasileniem. Te kobiety, które jeszcze nie miesiączkowały albo już przestały miesiączkować, mogą znów mieć peryjod. Oprócz tego podróż morska działa jako *aphrodisiacum* i *emmenagogum.* Ciąża przebiega bardzo źle: wymioty są nader obfite i czasem następuje poronienie. (*The N. Y. Record*).

(W.) Dr. Ball (Dublin) opisuje 6 przypadków **raka skóry na 17 robotnikach, pracujących w fabrykach dziegciowych.** Jeden z nich miał przybłoniak moszen, drugi cały szereg takichże nowotworów na ręku, czole i nosie, trzech na powiece. Autor nie wątpi, że w tym przypadku rak powstaje tak samo, jak „rak kominiarzy Potta"; innemi słowy rak dziegciowy Balla powstaje w skutek ciągłego i długotrwałego drażnienia skóry przez dziegieć. (*The British med. Journ.*).

(W.) Dr. Mona twierdzi, że **wdechanie amylnitrytu zwiększa ilość moczu,** zwiększając jednocześnie wydzielanie mocznika i kwasu moczowego. Autor zaleca amylnitryt w chorobie Brighta, pod wpływem tegoż jednocześnie z powiększeniem się ilości moczu, zmniejsza się opuchlina i ilość białka w moczu. Wdechanie amylnitrytu po 2—3 krople co godzina, a nawet co pół godziny, nie wywołuje żadnych złych następstw ubocznych, nawet jeżeli leczenie trwa przez kilka dni. (*The London medical Record*).

(W.) Podług E. G. Wasea (Londyn) **kreozot doskonale rozpuszcza chinin.** Z właściwości téj W. korzysta używając kreozotu do robienia pigułek z chininu. (*The British med. Journ.*).

(W.) Burzyński robiąc doświadczenia w klinice prof. Manasseina **z nitrogliceryną** przyszedł do następujących wniosków:

1) Nitrogliceryna w małych dawkach zmniejsza tak dzienną ilość białka w moczu, jakotéż jego ilość procentową.

2) Dzienna ilość moczu widocznie zwiększa się; to zwiększenie utrzymuje się przez pewien czas i po zaprzestaniu podawania nitrogliceryny.

3) Powolnie zwiększane dawki nitrogliceryny zmniejszają ilość białka jeszcze wybitniéj.

4) Wpływu na ciężar moczu, ciężar chorych i opuchlinę B. nie mógł zauważyć.

5) Oprócz chwilowego prędko mijającego bólu głowy B.

nie mógł zauważyć innego nieprzyjemnego pobocznego działania. (*Wracz*, Nr. 21).

Ω **Kreozot w dyfteryi.** Dr. Schilling zapewnia, że otrzymywał zawsze wyjątkowo szczęśliwe wyniki lecznicze przez stosowanie kreozotu w dyfteryi gardła u dzieci. Podaje on wewnętrznie następującą mięszaninę:

Rp. Creosoti 0·70—0·80,
Aq. calcis 100·00
S. Co godzina łyżkę lub łyżeczkę.

Równocześnie poleca pędzlowanie lub płukanie z rozczynu kreozotu według przepisu:

Rp. Trae Creosoti 0·10—0·40,
Aq. destillatae 10·00.
(*Rev. hebd. de thérap.*)

IV. Fizyczne sposoby leczenia Kornelijusza Celsa.

Podał **Dr. Stanisław Smoleński** w Jaworzu.

Oportet autem neque recentiores viros in his fraudare, quae vel repererunt vel recte secuti sunt, et tamen ea, quae apud antiquiores aliquos posita sunt, auctoribus suis reddere.
Celsi de Med. II, 14.

Rozpatrywanie poglądów lekarskich złożonych w dziele Kornelijusza Celsa pozostanie zawsze rzeczą zajmującą. Składają się na to najprzód uderzająca jasność i logiczność, przenikające u tego pisarza każde niemal zdanie, choćby najtrudniejszéj sprawy dotykające, a powtóre wzgląd, że myśli i sądy przezeń wypowiedziane mają wartość nietylko osobistych jego zapatrywań, lecz są po największéj części wyrazem i odbiciem przekonań rozległéj epoki. W dziele swém o medycynie stworzył bowiem Cels jedyne niemal źródło, z którego wiadomości o stanie lecznictwa od Hipokrata aż do jego czasów, t. j. do połowy pierwszego wieku ery chrześcijańskiéj, czerpać możemy. Posiłkował się on kilkudziesięciu pismami lekarskiemi z owego czasu, z których ani jedno nie uszło zagłady i tym sposobem przekazał nam, przynajmniéj w części, treść ich i osnowę lub zachował nazwiska autorów; sam jednak, jako mąż bardzo wykształcony i z medycyną praktyczną dobrze obeznany, nadał streszczającéj w znacznéj części pracy swéj piętno oryginalnéj i samodzielnéj całości. Z licznych wskazówek w dziele tém zawartych wypływa niezawodnie, że Cels nie był właściwie lekarzem, to jest nie należał do cechu lekarskiego, że jednak zajmował się wykonawstwem lekarskiém jako wolnym zupełnie w Rzymie przemysłem; nie napisał téż dzieła swego dla lekarzy, lecz dla wykształconéj publiczności nielekarskiéj. Być może, że w mowie będące dzieło o medycynie stanowić miało mniéj lub więcéj organiczną część innych prac tego pisarza o gospodarstwie, sztuce wojennéj, wymowie, filozofii, które razem miały tworzyć rodzaj encyklopedyi przeznaczonéj dla światłego obywatelstwa rzymskiego. Z wszystkiego tego tylko dzieło lekarskie *„de medicina libri octo“* doszło do nas.

Zapatrywania nas tu obchodzące dotyczą różnych zabiegów leczniczych, które Cels zalicza do środków ogólnych (*communes curationes, quae plurimis morbis opitulantur.... non aegros solum, sed sanos quoque sustinent, quaedam in adversa tantum valetudine adhibentur. I, 9*). Środki te zastosowanie praktyczne zawdzięczały przeważnie Asklepiadesowi z Prusy. Onto oparł leczenie na pięciu głównych zabiegach: na wstrzemięźliwości w jedzeniu i piciu, nacieraniach ciała, ruchach czynnych i biernych (*quinque res maxime communium auxiliorum professus: abstinentiam cibi alias vini, fricationem corporis, ambulationem, gestationes. Plin. Hist. nat. XXVI, 3*). Przyznaje to i Cels mówiąc: „O nacieraniu i ruchach biernych bardzo obszernie pisał Asklepiades, niejako ich wynalazca, — a choć o trzech z nich tylko uczynił wzmiankę, to jest o nacieraniu, winie i ruchach biernych, przecież najwięcéj miejsca na to poświęcił“. (II. 14). W wielu jednak rzeczach przyznaje tu pierwszeństwo Hipokratowi, z nauk którego dużo korzysta.

Niektóre z wymienionych zabiegów rozbiera Cels kolejno w osobnych rozdziałach; ponieważ jednak rozdziały te nie zawierają wszystkich należących tu rad i uwag autora, owszem wiele poglądów i myśli rozrzucono po całém dziele, dla tego zastanowimy się nad niemi ryczałtowo według pewnego ładu i porządku ze znaczenia zabiegów wynikającego.

Cały materyjał, który rozpatrzyć mamy, rozłożyć można na trzy działy. Pierwszy obejmuje różne zabiegi mechaniczne, wchodzące w skład dzisiejszéj mechanoterapii (mocowanie, mięsienie), — drugi dotyczy higijenicznego i leczniczego użycia wody (hydroterapija), — trzeci zawiera różne uwagi o wpływie pór roku, stanu powietrza i klimatu na zdrowie ludzkie.

I.

Rzymianie, nieuprawiający w ogóle nauk dla nauk, szanowali przecież medycynę, o ile dostarczała im rad i wskazówek niezbędnych w życiu prywatném i publiczném. Wiadomo, że Asklepiades tém właśnie głównie zjednał sobie ogromną w Rzymie wziętość, że rady swe lekarskie ujął w system najbardziéj odpowiadający potrzebom czasu, największy kładąc nacisk na wyrobienie w obywatelach owéj nieprześcignionéj niegdyś, a za jego czasów podupadłéj, dzielności męskiéj (*virtus*). Wzgląd ten i w dziele Celsa uwydatnia się często; i tu wiele rad i uwag stosuje się wyraźnie do ówczesnych zwyczajów dobrych i złych, wiele ustępów sformułowano tak, że mogą jednych zachęcić do wyrabiania w sobie sił męskich a innym nie przeszkadzać w oddawaniu się różnym praktykom ówczesnego używania i zepsucia.

Różne odmiany zabiegów mechanicznych, zalecanych przez Celsa w celach higijenicznych lub leczniczych, wszelkie *motus corporis*, jak je w ogóle nazywa (IV, 13), podzielić można na grupę ruchów czynnych i grupę ruchów biernych. Do czynnych należą różne ćwiczenia cielesne w ogóle, przechadzki, bieganie, pływanie, robienie bronią i zabawa w piłkę, głośne czytanie, praca, — do biernych poruszanie całego ciała i mechaniczne zabiegi wykonywane na pewnych tylko częściach: ugniatanie i naciąganie skóry, mazanie, nacieranie.

1. Ruchy czynne.

a) Ćwiczenia w ogóle (*exercitationes*). Cels zajmując się zaraz na początku ogólnemi przepisami dla zachowania zdrowia (*quemadmodum sanos agere conveniat, I. praef.*), powiada, że człowiek zdrowy a niezależny nie potrzebuje się wiązać żadnemi przepisami, ale powinien sobie życie urozmaicać: to przebywać na wsi, to w mieście, to jeździć okrętem, to polować, to naprzemian odpoczywać, ale często się ćwiczyć. Natomiast ciągłe pasowanie się atletyczne uważa za zbyteczne, bo przerwany dla jakichbądź spraw obywatelskich porządek ćwiczeń osłabia ciało,

a przytém ludzie nawykli do pasowania się bardzo prędko starzeją się i chorują (I. 1). Przesada we wszystkiém szkodliwa *cavendumque, ne in secunda valetudine adversae praesidia consumantur* [1]).

Tém więcéj pożyteczne są ćwiczenia u słabowitych, do których należą wielka część mieszczan i prawie wszyscy zajmujący się naukami; kto się we dnie zajmuje sprawami prywatnemi lub publicznemi, powinien sobie zostawić pewien czas do pielęgnowania ciała a w pierwszym rzędzie do ćwiczeń, szczególnie należą tu głośne czytanie, robienie bronią, rzucanie piłką, przechadzanie się, bieganie. Ćwiczenie winno się zwykle kończyć w chwili zapocenia się lub przynajmniéj w chwili znużenia bliskiego zmęczeniu; nie trzeba się trzymać w niém pewnego ustanowionego porządku zwyczajem zapaśników, ani téż aż do nadmiernego umęczenia je wykonywać. Po ćwiczeniu dobrze służy jużto namaszczenie ciała na słońcu albo przy ogniu, już téż kąpiel w pokoju jak najbardziéj wysokim, jasnym i przestronnym. Nie należy téż odbywać wciąż tego samego ćwiczenia, lecz raz to, drugi raz owo, wedle przyrody ciała; potém trzeba nieco wypocząć (I. 2).

Zgodnie z wyobrażeniami Hipokrata powiada Cels, że wszelkie ćwiczenia ujmują materyi, mierne krzepią a gwałtowne wycieńczają, poranne wilgocą a nadmierne wysuszają; ćwiczenie także przyspiesza tętno (III. 6) i wywołuje pot. Zapobiegają one również chorobom (I. 3), choć wielu mylnie sądzi, jakoby przez ćwiczenie pierwszego już dnia można nagle usunąć osłabienie poprzedzające nadchodzącą chorobę, — to zawodzi często (III. 2).

Ćwiczenia pożyteczne są w różnych cierpieniach: w zimnicy czwartaczce wstać rano i ćwiczyć się, bacząc na to, aby napad gorączki przypadł w sam czas ćwiczenia, bo w ten sposób często ją się rozpędza, choć to tylko silniejsi czynić mogą; daléj poleca je w żółtaczce, w słoniowaciźnie, w nieżytach dróg oddechowych, w nadmiernem moczeniu; w chorobach stawów, gdy ból i zapalenie ustąpiły, używać miernych ćwiczeń a w porażeniach powracać do nich powoli.

W różnych chorobach radzi Cels ćwiczenia częściowe, trzymając się zasady: *succurrendum semper parti maxime laboranti est* (I. 3): w bólach ma chory ćwiczyć ile możności członek bolesny, chyba gdyby zbyt wielki ból na to nie zezwalał i raczéj zmuszał do spokoju; w rozwolnieniach ćwiczenia górnych części ciała, a w suchotach wykonywać je rękoma.

b) Przechadzka (*ambulatio*) wzmaga wilgotność ciała, mianowicie po obfitym napoju, a długa i szybka także sama przez się; większa niż zwykle ułatwia wypróżnienie kiszek, wycieńcza ciało, przyspiesza trawienie opieszałe. Cels poleca ją najprzód słabowitym, którzy nie powinni przechadzać się tylko po równinie, owszem jeśli tylko nie ma zbyt wielkiego osłabienia, pożyteczniéj chodzić pod górę (*ascensus*) i z góry (*descensus*), gdyż w ten sposób ciało rozmaicie się porusza. Lepiéj chodzić pod golém niebem niżli pod portykiem, w cierpieniach głowy lepiéj na słońcu niż w cieniu, lepiéj w cieniu ścian lub wirydarzy niż pod dachem, lepiéj w linii prostéj niż krętéj. Proste a długie przechadzki poleca także rano i wieczorem padaczkowym a w osłabieniu głowy każe się długo przechadzać codziennie, ale jeśli można, ani na słońcu, ani pod dachem, unikając żaru słonecznego, szczególnie po jedzeniu i piciu. W puchlinie chorzy niegorączkujący mają dużo chodzić, tak samo źle odżywieni ludzie zagrożeni suchotami winni odbywać przechadzki w miejscach jak najchłodniejszych, unikając słońca; również w suchotach już rozwiniętych, jeżeli jeszcze nie nagabuje gorączka lub już ustąpiła. Zmęczonym pracą radzi przechadzać się przed jedzeniem a w czasie grasującéj zarazy czynić toż samo, byle powoli, pod golém niebem, przed upałem. Niemniéj pożyteczne przechadzanie się w trzęsieniu nerwów (*acri ambulatione utendum*), po zimnicy czwartaczce, w sapce i nieżytach górnych dróg oddechowych, w duszności, w ropieniach wewnętrznych dla szybszego zabliźnienia. Ozdrowieńcy mają dla przyjemności przechadzać się ile im się podoba. Cels upatruje szczególny wpływ chodzenia na czynności przewodu pokarmowego; w rozwolnieniach każe na czczo się przechadzać a po jedzeniu spoczywać; w biegunce zaś połączonéj z gorączką i morzyskiem zakazuje przechadzek.

c) Bieganiem (*cursus*) mają się ćwiczyć słabowici, a kto przez cały dzień siedział na wozie lub w widowiskach, nie powinien biegać, lecz powoli się przechadzać. Zresztą poleca się w duszności pochodzącéj z cierpień gardła (byle nie w kurzu), w puchlinie, w słoniowaciźnie. Uważać, aby w ropieniach wewnętrznych bieganiem nie szkodzić gojącym się wrzodom.

d) Pływanie (*natare*). Pływanie latem w morzu pożyteczne ozdrowieńcom po puchlinie ogólnéj, w zimnéj wodzie przeciw niestrawności a w upławach nasiennych w jak najzimniejszéj. W porażeniach, jeżeli w jakiémś miejscu nie ma naturalnych zbiorników wody ciepłéj (morze), to korzystać z pływalń sztucznie przyrządzonych i szczególnie poruszać w nich części ciała najwięcéj osłabione.

e) Robienie bronią (*arma*) i zabawę w piłkę (*pila*) jako ćwiczenia poleca Cels słabowitym i w cierpieniach żołądka. Cels wyraźny na to kładzie nacisk, że gra w piłkę ćwiczy górne części ciała, dla tego w rozwolnieniach radzi *pila similibusque superiores partes dimovere.*

f) Głośne czytanie (*clara lectio*), należące do ćwiczeń, które *commode exercent*, korzystnie działają u słabowitych, szczególnie w niestrawności i innych cierpieniach żołądka. W duszności pochodzącéj z owrzodzenia gardła lub w ogóle zwężenia górnych dróg oddechowych radzi Cels bardzo głośne czytanie (*lectio vehemens*), które z początku jest trudne dla saméj duszności, ale następnie takową przemaga (IV, 4).

Tu godzi się namienić o pewnym przepisie, który lekarze zaczerpnęli ze zwyczaju zapaśników. Plutarch powiada, że atleci podczas nacierań zwykli byli oddech wstrzymywać. Podobnie i Cels radzi w czasie dreszczu silnie chorego nacierać, podczas czego tenże ma wstrzymywać oddech (III, 2). W innych przypadkach autor zdaje się wstrzymywanie oddechu liczyć do ćwiczeń górnych części ciała, to znów przypisuje mu znaczenie pokrewne głośnemu czytaniu. Np. opuchłym poleca dużo chodzić, czasem i biegać i górne części ciała wycierać dla wywołania ciepła do skóry a podczas tego dech wstrzymywać; w porażeniu języka każe nacierać głowę, usta, części pod brodą i ćwiczyć się wstrzymując oddech; w bólach nerwowych podczas ćwiczeń szczególnie górne części poruszać wstrzymując oddech; w duszności z owrzodzenia gardła lub cieśni dróg oddechowych poleca *spiritu retento currere ac*

---

[1]) W cytatach trzymam się tekstu według drugiego wydania Almeloveenowskiego. Basileae, 1748.

vehementi uti lectione. Natomiast przestrzega hepatyków, aby oddechu dłużéj nie wstrzymywali.

g) Praca *(labor). Ignavia corpus hebetat, labor firmat, illa maturam senectutem, hic longam adolescentiam reddit* (I, 1). Niebezpieczne jest nagłe przejście z nadmiernéj pracy w bezczynność albo z zupełnéj bezczynności do pracy. Ktoby więc w tym względzie chciał zmienić sposób życia, winien się powoli przyzwyczajać. Wszelką pracę lepiéj znosi nawet dziecko lub starzec niżli człowiek do tego nieprzyzwyczajony; nie dobrze jest żyć bezczynnie, bo może nadejść konieczność pracy. Kto się najadł, niech zaniecha roboty, a kto źle trawi ma zupełny zachować spokój i nie oddawać się ani pracy ani ćwiczeniu, ani jakiemukolwiek zajęciu; również w cierpieniach wątroby należy wystrzegać się pracy nadmiernéj i wszelkiego gwałtowniejszego ruchu. Natomiast ma pracować część bolesna (w dnie), a dotknięci słoniowacizną mają pracą własnego ciała wywoływać poty.

W zmęczeniu sprawia ulgę zmiana pracy, kto się zmęczył nową jakąś robotą, tego orzeźwia praca zwykła. Dla zmęczonego najlepsze łoże codzienne, przeciwnie niezwykłe męczy; co bowiem jest wbrew przyzwyczajeniu, to szkodzi, czy jest miękkiém czy twardém (I, 3).

Praca wstrzymuje stolce, mniejsza niż zwykle wzmaga wilgotność ciała.

2) Ruchy bierne dotyczą albo całego ciała albo poszczególnych tylko części.

a) Bierne poruszanie całego ciała (*gestatio*) ujmuje materyi, pożyteczne jest w czasie zarazy, mianowicie gdy kto nie może odbywać wędrówek lub jazdy okrętem a najstósowniejszym środkiem w chorobach przewlekłych, szczególnie u tych chorych, którzy już gorączki zgoła nie mają, ale jeszcze ćwiczeń czynnych wykonywać nie mogą, jakotéż u których resztki chorób innym sposobem usunąć się nie dają. Asklepiades wprawdzie także podczas świeżéj i gwałtownéj gorączki polecał bierne poruszanie ciała dla rozproszenia jéj. Ale to niebezpieczne; taki napad gorączki lepiéj się znosi w spokoju. Jeżeliby jednak kto chciał próbować, niech próbuje wtenczas gdy język nie będzie suchy, gdy nie będzie nigdzie ani obrzęku ani stwardnienia ani bólu trzew, głowy itd., zgoła bowiem nie trzeba poruszać chorego dotkniętego bólem, czy tenże nagabuje całe ciało, czy też pewne tylko członki, chyba że ból dotyczy samych tylko nerwów; nigdy także podczas wzrastającéj gorączki, lecz tylko podczas jéj zwolnienia.

Różne rodzaje ruchów biernych każe Cels stósować wedle sił i zamożności chorego, bacząc, aby i osłabionego nadto nie zmęczyły i ubogiego na nie stać było.

Do najłagodniejszych sposobów poruszania należy ruch na okręcie, jużto w porcie, już też na rzece, tudzież w lektyce lub na ławie; silniejszą odmianę stanowi jazda wozem, a jeszcze gwałtowniejszą na okręcie na pełném morzu. Skoro te sposoby niemożebne, zawiesić łoże i ruszać. Gdyby i tego nie można, to przynajmniéj podłożyć pod jeden koniec *(pes)* łoża podporę i tym sposobem łoże to tam to sam ręką podrzucać.

Łagodne odmiany takich ćwiczeń przydatne są dla bardzo słabych, silniejsze dla tych, którzy od kilku dni pozbyli się gorączki, lub którzy czując początek choroby jeszcze nie gorączkują (w suchotach, w cierpieniach żołądka, w puchlinie podskórnéj, niekiedy w żółtaczce, także w padaczce i majaczeniach (II. 15.).

W dalszym toku przytacza Cels często te i inne odmiany ruchów biernych, polecając użycie ich w różnych cierpieniach: ludziom słabowitym zagrożonym suchotami, chorym osłabionym w zimnicy czwartaczce w chwili zbliżającego się napadu gorączki, ozdrowieńcom po zapaleniu płuc, w zaflegmieniach żołądka. W puchlinie podskórnéj każe przecinać obrzęki i wstrząsać ciało często; podczas napadu bólów nerwowych stósować gwałtowne ruchy bierne, co w innych bólach byłoby bardzo szkodliwém; w cierpieniach stawów, gdy bóle już ustąpiły, używać przechadzek lub kazać się nosić. Łagodne codzienne poruszanie ciała przyspiesza gojenie się ran ropiejących, gdy po przebyciu zapalenia kiszek cieńkich długo jeszcze trzeba się wystrzegać wszelkich ruchów czynnych i biernych, bo to zwykło przywracać chorobę.

Suchotnikom osłabionym radzi Cels odbywać nie zbyt długie przejażdżki okrętem, a gdyby to było niemożebném, poleca lektykę lub inne rodzaje ruchu; jazdę wozem i okrętem liczy do głównych środków skutecznych w suchotach; okręt szczególnie pożyteczny jako środek zapobiegawczy w czasie zarazy; w porażeniach, skoro dla osłabienia nóg nie można odbywać przechadzek, każe poruszać ciało lub wstrząsać przez poruszanie łoża, następnie ma sam chory, a jeżeli to niemożebne, z obcą pomocą, poruszać członek porażony, aby niejako gwałtem do zwyczajnego zachowania się powrócił. Jazdę wozem, a jeszcze więcéj jazdę konną uważa za pożyteczne w biegunkach, bo nie ma rzeczy, którąby lepiéj jak one skrzepiały kiszki; za to podagrykom zakazuje jeździć konno. (C. d. n.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ Międzynarodowa Konferencyja sanitarna w Rzymie przyjąwszy wnioski wyznaczonéj podkomisyi technicznéj, o których w numerach poprzednich wspomnieliśmy, odroczoną została do 16 listopada r. b., aby dać sposobność pojedynczym Rządom rozpatrzenia się w tych wnioskach. Okazało się to tém potrzebniejszém, iż uchwały zapadły słabą tylko większością i w wielu razach liczni reprezentanci wstrzymali się od głosowania, a co do niektórych punktów objawiono tak rozchodzące się zapatrywania, że na razie zgodzenie się na jakieś zasady zdaje się być niepodobném.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 7—13 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 35,1. Z płonicy umarło 3 (2 z. t.); z błonicy 1 (3 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 14 przypadkach odry, 4 płonicy, 2 krztuśca, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 31 maja do 6 czerwca umarło z ospy w Londynie 34, leczyło się w szpitalach 1259, świeżo zapadło 199. W Wiedniu umarło z ospy 22, w Pradze, Petersburgu i Rzymie po 1; w Warszawie, Bazylei, Manszestrze, Aleksandryi po 2; w Paryżu i Odesie po 4. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 1. Z cholery umarło w Kalkucie od 19—25 kwietnia 70.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 31 maja do 6 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 35,1; w Warszawie 29,0; Poznaniu 26,0; w Wiedniu 30,8; w Pradze 33,4; w Berlinie 24,6; w Hamburgu 25,9; we Wrocławiu 30,7; w Gdańsku 24,7; w Mnichowie 34,5; w Dreźnie 25,4; w Lipsku 24,9; w Bazylei 18,9; w Brukseli 20,7; w Amsterdamie 23,5; w Hadze 24,0; w Paryżu 24,1; w Londynie 19,4; w Kopenhadze 24,1; w Stokholmie 24,4; w Chrystyjanii 19,5; w Petersburgu 31,4; w Odesie 30,0; w Rzymie 19,1; w Wenecyi 26,1; w Bukareszcie 31,5; w Aleksandryi 29,7; w Nowym Yorku 27,1; w Filadelfii 22,8; w Bombayu 25,1; w Madrasie 33,3. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 lipca. Na posiedzeniu Wydziału lekarskie-

go, odbytém w d. 26 czerwca, Rektor U. J. prof. Rydel odczytał pismo prof. Wł. Tyrchowskiego w Warszawie, na jego ręce wystosowane a wynurzające podziękowanie dla członków Wydziału, którzy Jubilatowi przesłali byli telegraficznie swe życzenia. — W liście tym prof. Tyrchowski przypomina, że przed 40 laty sam zaliczał się do składu Wydziału lek. U. J. i że dotąd nie zapomniał, iż był wychowańcem naszéj szkoły, któréj zawdzięcza wykształcenie swoje i zasady, propagowane przez nauczycieli téj szkoły, a którymto zasadom pozostał wiernym.

* Nagroda w kwocie 150 rubli wyznaczona za najlepszą pracę, umieszczoną w roku przeszłym w *Medycynie*, przyznaną została prof. Adamkiewiczowi w Krakowie.

* Mieliśmy sposobność zapoznania się z treścią listu, pisanego do Dziekana naszego Wydziału lek. przez p. Jana Kozierkiewicza, okręgowego lekarza weterynaryi w Filipopolu, w Rumelii wschodniéj. Uproszony przez Prezesa tamecznéj Rady sanitarnéj, aby z rodzinnego swego kraju sprowadził trzech doktorów medycyny na posady tameczne urzędowe, udaje się do Dziekana z prośbą o proponowanie mu 3 kandydatów. Posada lekarza powiatowego w Rumelii udziela się na 3 lata; obowiązany jest taki lekarz objeżdżać swój powiat 3—4 razy do roku, a podczas panującéj epidemii częściéj w miarę potrzeby. podczas takich objazdów udzielać bezpłatnie rady chorym biednym, majętniejszym zaś za opłatą 38 kr. w dzień, a 76 kr. w nocy: za czynności sądowe atoli pobiera wynagrodzenie tylko wtedy, jeżeli winny jest w możności zapłacenia. Wolno lekarzowi powiatowemu utrzymywać apteczkę prywatną; z końcem każdego miesiąca lekarz powiatowy pobiera płacy 162 złr. a 21 złr, 60 ct. na podróże; oprócz tego każdy nowomianowany otrzymuje płacę jednomiesięczną tytułem kosztów podróży. Ubiegający się o te posady mogą przysłać podania swoje i kopiję dyplomu albo na ręce p. Jana Kozierkiewicza (Filipopol, Rumelija wschodnia, Turcyja), albo na ręce Rady sanitarnéj tamecznéj.

* W Cieplicach czeskich bawiło dotąd gości 3150, w Gainfarn 496, w Luhaczowicach 410, w Rożnowie 570.

* **Wiedeń.** Mianowani zostali na 3 lata członkami najwyższéj Rady sanitarnéj: Radzcy dworu Langer, Röll i Spaeth, proff. E. Hofmann i Vogel, dyrektorowie Hoffmann i Schlager, prymaryjusz Drasche, Drowie Nusser i Schneller, członkiem zaś nadzwyczajnym prof. chemii Barth.

* **Budapeszt.** Członkami dożywotnimi Izby magnatów zamianowani zostali prof. chirurgii Lumniczer i okulista Hirschler.

* **Nekrologija.** W Nyiregyháza umarł Dr. Sebold Korányi, ojciec klinicysty peszteńskiego, licząc lat 85, w Budapeszcie zaś Dr. Giejza Faludi, docent pedyjatryi, w 47 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 26: Smoleńskiego: O naukowych podstawach hydroterapii (Wykład habilitacyjny) (c. d.); Ślusarczyka: Śmierć z powieszenia, wykluczenie samobójstwa (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 26: Wicherkiewicza: O nowym sposobie operacyi zaćmy niedojrzałéj i przyczynek do antyseptyki w okulistyce; Dunina: Kilka uwag o gorączce zimniczéj ciągłéj (dok.); Sokołowskiego: Przyczynek do statystyki szpitalnéj.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Ogłoszénie konkursu.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 19 Maja rb. do L. 25031, rozpisuje się konkurs na trzy posady asystentów lekarskich, przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie na lat dwa, które przy zadawalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.

Do posady asystenta lekarskiego przywiązaną jest płaca 500 złr. w. a. rocznie, bez żadnego dodatku. Ubiegający się kandydaci do tych posad powinni wykazać:

1. Wiek, stan i miejsce urodzenia.
2. Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.
3. Stopień Doktora medycyny, lub wszech nauk lekarskich, uzyskany na jednéj z Wszechnic Państwa austryjackiego.

Podania wnosić można do dnia 15 Lipca rb. na ręce Dyrekcyi szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio, lub za pośrednictwem swéj Władzy przełożonéj, jeżeli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Lwów dnia 1 Czerwca 1885.

Dyrekcyja kraj. szpitala powszechnego.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 11 lipca 1885. № 28. Rok XXIV.

I. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Kazuistyka sądowo- i policyjnolekarska.

X.

Uwagi nad otruciem kwasem pruskim i jego połączeniami.

Podał Walery Momidłowski.

Przypadki otrucia kwasem pruskim i jego połączeniami wydarzają się u nas względnie dosyć rzadko i jeżeli mają miejsce, to chyba u inteligentniejszych, obznajmionych mniéj lub więcéj dokładnie z własnościami trującemi tych preparatów, podczas gdy w szerszych kołach arszenik i fosfor używają jeszcze dotąd dawniéj zyskanéj popularności tak u samobójców jak i u morderców. Wobec tego atoli, że preparaty sinowodowe coraz więcéj rozpowszechniają się, obawiać się należy, że i otrucia niemi będą coraz częstsze, jak to już teraz w większych zwłaszcza miastach zauważyć można. Dyjagnostyka otruć preparatami sinowodowemi nie dosięgła jeszcze stopnia znaczeniu jéj odpowiadającego, a objawy pośmiertne tak bywają odmienne, że jeden przypadek do drugiego nie jest podobnym. Z tego powodu usprawiedliwioném będzie zdanie sprawy z 3 przypadków, które w tutejszym zakładzie były badane.

Przypadek I. Na zwłokach młodzieńca, lat 24 liczyć mogącego, znalezionych razem ze zwłokami kobiety jako przypadek II opisać się mającemi, wykazała sekcyja następujące zmiany: Plamy trupie fijoletowo zabarwione. Krew płynna, ciemna. Z mózgu daje się czuć wyraźna woń migdałów gorzkich. Płuca przy brzegach nieco nadmiernie powietrzem wydęte, na rozkroju zalewają się krwią ciemną. Pod opłucnemi płuc gdzieniegdzie drobne wybroczyny, zwłaszcza w okolicy wnęki płuc. Serce skurczone, komórki zawierają po kilka kropli krwi płynnéj ciemnéj. Żołądek zawiera około 200gr. treści płynnéj. Po rozcięciu nad naczyniem daje się czuć wyraźna woń migdałów gorzkich, z żołądka wylewa się treść płynna, gęstawa, koloru ciemno-brunatno-czerwonego, oddziaływająca alkalicznie a próba Preyera-Schönbeina, uskuteczniona natychmiast, wykazała obecność połączenia sinowodowego. Błona śluzowa żołądka ułożona we fałdy jest pokryta gęstą warstwą śluzową, już to ciemniéj, już to jaśniéj czerwoną. Dwunastnica obok odźwiernika okazuje podobne zmiany jak żołądek, dalsze części błony śluzowéj są wejrzenia prawidłowego. W innych narządach zmian nie znaleziono.

Przypadek II. Kobieta, lat 24 liczyć mogąca, przedstawia następujące zmiany: Plamy pośmiertne zwykłéj barwy fijoletowéj. Na szczycie sklepienia pod skórą widać podbiegnięcie wielkości półcenta ściśle ograniczone. Z mózgu wydobywa się woń migdałów gorzkich lubo w bardzo nieznacznym tylko stopniu. Płuca przekrwione, naczynia wnęki wypełnione krwią ciemną, płynną, kilka wynaczynionek podopłucnowych. Płat lewy dolny mocno przekrwiony, górny, jakoteż środkowy, zalewają się płynem pienistym różowym. Na powierzchni zewnętrznéj obydwu płuc widać miejsca jaśniejsze, wysepkowato umieszczone wśród tkanki ciemnéj, zabarwione podobnie do zawałów krwawych, klinowato w miąższ wchodzących, ale nie ściśle ograniczonych. Mięsień sercowy jędrny, komórki nie zawierają krwi. W tchawicy błona śluzowa powleczona mierną ilością śluzu, po oddaleniu którego okazuje wyraźne nastrzykanie. Żołądek wypełniony miazgą pokarmową płynną, błona śluzowa okazuje tylko niektóre fałdy na szczycie jednostajnie przekrwione i w dnie żołądka w jedném miejscu mocniejsze nastrzykanie naczyń. Treść żołądka oddziaływa kwaśno. Próba Preyera wykazuje obecność połączenia kwasu pruskiego. Krew nie różni się od zwykłéj krwi trupiéj, ani wejrzeniem, ani też badana w przyrządzie spektralnym.

Rozbiór objawów: Zabarwienie plam pośmiertnych bywa bardzo rozmaite, raz są one jasno-czerwone, drugim

19

razem ciemno-fijoletowe, a często zwykłéj barwy fijoletowéj, nie różniąc się od zwykłych plam trupich tak, że niektórzy autorowie nie zwracają wcale uwagi na zabarwienie plam trupich w przypadkach otrucia kwasem sinowodowym. Również niestałém i niepodlegającém żadnemu prawidłu jest zabarwienie krwi. Gdy jedni autorowie (Tardieu, Taylor, Orfila) przyznają krwi barwę wybitnie ciemną, drudzy (Casper, Liman, Frank, Maschka, Seydel) nadają jéj zabarwienie wahające się między jasno-wiśniowo-czerwoném a purpurowém, tak że pod tym względem między autorami nie ma zgody. Taylor przypisuje nawet w pewnym przypadku czarnemu zabarwieniu krwi znaczenie jedynego charakterystycznego objawu otrucia kwasem pruskim. W naszym przypadku krew miała zabarwienie ciemne, a więc takie, jakie zwykle u trupów spostrzegamy.

Płynność krwi stwierdzono we wszystkich prawie przypadkach otrucia kw. pruskim i ten też przypadek nie stanowi pod tym względem wyjątku. Zmiany w płucach znalezione nie przedstawiają nic charakterystycznego, a brzegi ich nadmiernie rozdęte, wybroczyny podopłucnowe i ogólne przekrwienie płuc są zwykłemi objawami śmierci z uduszenia, nieokreślającemi jéj bliżéj. Co większa niektórych z tych objawów może być brak zupełny, a jak w większéj ilości przypadków przekrwienie płuc zostało stwierdzoném, tak nie brak obserwacyi bezkrwistości płuc w przypadkach otrucia kw. pruskim. Od czego ta rozmaitość zależy, nie jest wiadomém, a Preyer stara się uczynić ją zależną od dawki użytéj trucizny, twierdząc, że po podaniu ustrojowi mniejszych lub bardzo rozcieńczonych dawek kw. pruskiego płuca po śmierci znajdujemy w stanie przekrwienia, podczas gdy po podaniu większych dawek i po natychmiastowéj śmierci płuca znajdujemy w stanie niedokrewnym. Wszystkie dotąd wyliczone zmiany nie wystarczają jeszcze lekarzowi sądowemu do rozpoznania otrucia i dopiero, gdy czuje woń charakterystyczną, do woni migdałów gorzkich pospolicie przyrównywaną, wtedy dopiero staje na gruncie nieco pewniejszym. Sprawdzenie obecności téj woni nie jest czasem tak łatwą rzeczą, jakby się zdawać mogło, bo raz zależy ona od jakości preparatu sinowodowego do otrucia użytego, a powtóre może być przez woń ciał innych mniéj lub więcéj zmienioną, a w skutek tego wątpliwą. Jako ciała takie poczytuje v. Hasselt piwo porterowe, a Taylor dym tytuniowy. Woń ta migdałów gorzkich, a według Preyera woń roztartéj pluskwy, już po użyciu dawki 0·05 kw. sinowodowego czuć się daje, zwłaszcza w żołądku. W miarę jak trup ulega rozpadowi gnilnemu, woń ta ginie, a po kilku a czasem po kilkunastu dopiero dniach znika zupełnie.

Ważną jest kwestyja, czy woń ta cechuje jedynie kw. sinowodowy, czy też i innym ciałom jest właściwą? Otóż olejek migdałów gorzkich od kwasu sinowodowego oczyszczony i nitrobenzol są ciałami, woń migdałów gorzkich posiadającemi. Pierwsze z tych ciał w praktyce sądowéj prawie nienapotykane z powodu bardzo nieznacznych własności szkodliwych dawek większych, a według niektórych nawet zupełnéj nieszkodliwości, a powtóre z powodu nader wysokiéj ceny, wśród innych zresztą ostrożności, jak badania chemicznego, wykluczoném być może. Drugie zaś, t. j. nitrobenzol, sprawia pewne cechujące go zmiany, po których jakotéż i badaniem chemiczném łatwo wykryć go można. Obecność więc woni migdałów gorzkich po śmierci, stwierdzona po wykluczeniu wspomnianych dwóch ciał, przemawia z wszelkiém prawdopodobieństwem za otruciem kwasem sinowodowym, brak atoli téj woni przeciwko otruciu wnioskować jeszcze nie pozwala. Znane są bowiem przypadki, że w razie niewątpliwego otrucia kwasem sinowodowym woni migdałów gorzkich stwierdzić nie zdołano, i tak Jüdell podaje, że w 3ch przypadkach na 19, a Taylor w 2 na 13 woni migdałów gorzkich wcale nie stwierdzili. W naszych przypadkach woń ta dawała się silnie czuć tak po otwarciu czaszki i rozkrojeniu mózgu, jak następnie po rozcięciu żołądka. Obydwa przypadki wydarzyły się równocześnie, obydwoje znaleziono w jednym pokoju, a więc domyślać się wypadało, iż oboje jednego rodzaju trucizną życie sobie odebrali. Pod tym względem atoli zachodzą pewne wątpliwości. Brak zmian w żołądku, które cechują otrucie sinkiem potasu, przemawia za tém, że oboje zginęli w skutek zażycia kw. pruskiego, za czém też przemawia oddziaływanie kwaśne treści żołądkowéj w przypadku drugim. Lecz jakże sobie wytłumaczyć oddziaływanie alkaliczne w przypadku pierwszym? Przypuścić, iż mężczyzna otruł się sinkiem potasu a kobiecie podał kw. pruski, jest prawie rzeczą niepodobną z powodu, że samobójstwo odbyło się jednocześnie i w jedném miejscu, a gdybyśmy nawet to przypuścili, to brak zmian cechujących otrucie sinkiem potasu przemawiałby przeciw użyciu tego preparatu przez mężczyznę. Mimo to wszystko użycie sinku potasu wydaje nam się być prawdopodobniejszém, aniżeli kwasu pruskiego, podstawą tego prawdopodobieństwa jest oddziaływanie alkaliczne treści żołądkowéj w przypadku pierwszym, które byłoby trudném do wytłumaczenia przypuszczając użycie kw. pruskiego, oddziaływanie zaś kwaśne w drugim przypadku łatwo daje się wytłumaczyć, jeżeli przypuścimy, że sinek potasu podany został kobiecie w objętku kwaśnym (np. w limonadzie lub winie), lub że treść żołądkowa była kwaśna przed zażyciem trucizny; w takim razie odpada i swoiste działanie sinku potasu i brak zmian cechujących użycie tego środka. Natomiast tłumaczy się łatwo oddziaływanie alkaliczne treści żołądka u mężczyzny, który jako odważniejszy zażył zapewne truciznę czystą; brak zaś zmian anatomicznych w żołądku tłumaczyć można użyciem względnie małéj ilości sinku potasu, która może wystarczyła do wywołania otrucia, ale była niedostateczną do sprowadzenia rozpulchnienia i imbibicyi krwawéj błony śluzowéj żołądka.

We wszystkich przypadkach podejrzanego otrucia kw. sinowodowym lub jego połączeniami lekarz sądowy powinien wykonać próbę chemiczną czyto na treści żołądka, czyteż na krwi, na żołądku samym lub innych organach trupa. Jako próbą wstępną, niewymagającą wielkich zachodów, posługujemy się w tym celu próbą Schönbeina-Preyera, która zdolną jest wykazać kwas sinowodowy, względnie jego połączenia, nawet wtedy jeszcze, gdy kwas pruski znajdzie się w płynie badanym w stosunku jak 1:120,000.000. Jestto więc próba nadzwyczaj czuła, jakkolwiek dotąd jest tylko czysto doświadczalną. W obydwóch przedstawionych przypadkach próba ta wykonana w treści żołądkowéj dała wynik dodatni, a tém samém ustaliła ostatecznie rozpoznanie. Próba ta została co do swéj pewności zakwestyjonowaną przez Renarda, który twierdzi, że ślady dymu tytuniowego, amonijaku i nitrobenzolu oddziaływają na nią w podobny sposób jak kw. pruski. Wielokrotnie powtórzone próby przekonały nas, że twierdzenie co do dwóch pierwszych ciał nie jest bez podstawy. Krew zmieszana z dymem tytuniowym, próbą Preyera badana, wykazuje barwę niebieskawą, która wkrótce przechodzi w ciemną, prawie czarną.

Barwa ta atoli różni się od barwy kwasem pruskim wywołanéj tém, że gdy pierwsza jest ciemna, nieprzeźroczysta i zaledwie dostrzegalna, ostatnia jest pięknie lazurowo-niebieską, zupełnie przeźroczystą i przy bardzo małych już ilościach kwasu pruskiego wyraźną. Reakcyja ta nie jest bynajmniéj zjawiskiem uderzającém wobec tego, że jak to Żuliński podaje (O wpływie dymu tytuniowego na ustrój ludzki. Przegląd Lekarski, 1884, Nr. 2) dym tytoniowy zawiera kwas pruski w minimalnych wprawdzie ilościach, bo 3—8mlgr. w dymie ze spalenia 400gr. tytoniu.

Amonijak według Renarda jest drugiém ciałem, które podobnie oddziaływa jak kwas sinowodowy. Jeżeli dodamy do krwi amonijaku w większéj nieco ilości, to przy próbie téj otrzymamy barwę żółtą, i to z początku jasno żółtą, późniéj wpadającą w odcień zielony a wreszcie przechodzącą w barwę brunatną. W takiéj więc ilości amonijak nie naśladuje reakcyi kw. pruskiego. Jeżeli atoli do krwi dodamy amonijaku w bardzo małéj ilości (na 15ctm. krwi 1 kroplę amonijaku) to otrzymamy przy próbie Preyera barwę zielonawo-niebieską, która dla mniéj wprawnego oka uchodzićby rzeczywiście mogła za barwę kw. pruskiemu odpowiadającą. Kto atoli widział tę pięknie lazurowo-niebieską przeźroczystą barwę, którą daje kwas pruski, ten potrafi ją odróżnić od zielonkowato niebieskiéj barwy przy obecności śladów amonijaku występującéj.

Natomiast na twierdzenie Renarda co do zachowania się nitrobenzolu wobec próby Preyera już wcale zgodzić się nie można, a to na podstawie wielokrotnie z ujemnym wynikiem powtarzanych prób [1]). Jakkolwiek więc zarzuty Renarda nie są uzasadnione a wynik dodatni próby Preyera i Schönbeina w każdym razie ma wielką wartość rozpoznawczą, to jednak ma ona tę ujemną stronę, że czasem zawodzi, pomimo że mamy notoryjny przypadek otrucia sinkiem potasu, a Hofmann podaje, że zawodu doznawał nieraz, zwłaszcza jeżeli treść żołądkowa oddziaływała kwaśno a więc właśnie wtedy, gdy w braku zmian anatomicznych na próbie téj najwięcéj zależało. Ale też w takich razach, jak podaje Ludwig w swéj chemii lekarskiéj, i inne próby bardziéj powikłane także zawodzą.

Badanie spektralne w otruciu w mowie będącém pozostaje zupełnie bez skutku, jak się przekonaliśmy w przypadku 2im, albowiem jak to już stwierdził Hoppe-Seyler, widmo spektralne krwi z kwasem pruskim lub jego połączeniami niczém się nie różni od widma krwi zwykłéj czystéj.

(Dokończenie nastąpi).

II. Przyczynek do statystyki i kazuistyki nieżytu dróg oddechowych, jego następstw i powikłań.

(Urywek ze sprawozdania za r. 1883).

Przez prymaryjusza **Dra St. Paszkowskiego.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

15. Zacharyjasz Leptis lat 60 liczący wyrobnik przybył do szpitala d. 9/3, zmarł 29/3. Przed 4 miesiącami wyszedł ze szpitala, gdzie leżał z powodu kaszlu, duszności i opuchliny przez 12 dni. Trzy tygodnie przed przybyciem obecném kaszel zwiększył się i pojawiła się opuchlina najprzód odnóg dolnych. Stan obecny d. 10/3: Budowa dobra, odżywienie liche, sinica twarzy, opuchlina odnóg dolnych; żyły szyjne wydęte, rozedma płuc znacznego stopnia, objawy nieżytu oskrzelowego w dolnych tylnych częściach; opuchlina brzucha; wątroba na 3 palce niżéj łuku żebrowego macalna. Stan prawie bezgorączkowy (36·4—37·9), raz tylko w dzień przed śmiercią 38° C. w. Duszność, opuchlina i osłabienie szybko się zwiększały. Badanie d. 16/3 (więc tydzień po przybyciu chorego do szpitala) wykazało wątrobę na 4 palce niżéj łuku macalną a 13/3, tj. 4 dni po przybyciu, obrzęk moszen. Rozpoznanie kliniczne: *Bronchitis diffusa, emphysema pulmonum, tumor hepatis, hyperaemia renum passiva.*

Rozpoznanie anatomiczne zgodnie z kliniczném wykazało: *Bronchitis diffusa, emphysema partium marginalium pulmonum. Oedema chronicum et bronchiectases partium restantium, hyperaemia partis posterioris pulmonis utriusque. Hypertrophia excentrica musculi utriusque cordis cum degeneratione adiposa ejus. Hyperaemia passiva renum, hyperaemia et degeneratio adiposa hepatis.*

Prócz tego jednak wykazała nekroskopija nierozpoznane za życia zgrubienie opłucny z następową marskością płuc, (*Pleuritis fibrosa obsoleta insignis sequente cirrhosi pulmonum*) również zrost blaszek osierdzia (*Synechia totalis utriusque laminae pericardii*) i wysięk osierdziowy serowato przeobrażony (*degeneratio partialis caseosa exsudati pericardii*). Dwie te znakomite zmiany nie przedstawiały za życia żadnych objawów. Szmerów osierdziowych ani śródsierdziowych nie było, a przy ogólnéj opuchlinie, gdzie przesiąków w jamie opłucnowéj i w osierdziu (*Hydrothorax et Hydropericardium*) spodziewać się można było, zwiększony wymiar stłumienia wypukowego w okolicy serca, choćby stwierdzony, odniesionoby do przesiąku a nie do wypociny. Lekką pod koniec życia gorączkę 38—37·7 od 23/3 do 29/3 tłumaczono sobie jako pochodzącą z następowych zmian w płucach po rozległym długo trwałym nieżycie oskrzelowym a nie odnószono jéj do rozsianéj gruźlicy, którą sekcyja wykazała, a która miała swe źródło w wypocinie osierdziowéj po części zserowaciałéj. Wreszcie protokół sekcyjny mówi o *cysticercus ad covexitatem cerebri sulci longitudinalis et corporis acllosi*", którego rozpoznanie za życia jest bezwzględnie niemożebną rzeczą. Z tego wszystkiego wynika, że w tym przypadku sprawa zapalna (zapalenie opłucny i osierdzia) z dążnością do włóknistego przeobrażenia i zserowacenia była chorobą pierwotną a ztąd wytłumaczyć sobie można snadnie wszystkie następowe zmiany za życia rozpoznane, jako też i te, które tylko sekcyja wykazała. W każdym razie ważną jest rzeczą, że w obec braku zmian gruźliczych w płucach lub innych narządach (gruczołach) wysięk osierdziowy przeszedł w serowate przeobrażenie i jako taki wywołał ostrą gruźlicę; następnie uderza w oko pewna pokrewność a może związek przyczynowy między włóknistém przeobrażeniem a zserowaceniem, bo przecież nie można przypuścić, ażeby zapalenie osierdzia miało inną podstawę, jak dawniéj przebyte zapalenie opłucny. Dla czego zmiany te zlokalizowały się na błonach surowiczych klatki piersiowéj, tego rozstrzygać nie będziemy. Z nader pouczającego tego przypadku wynika zatém:

1) Zapalenia wysiękowe osierdzia mogą być jedynemi objawami gruźlicy.

2) Przeobrażenie włókniste albo pokrewne jest zserowatém albo usposabia do gruźlicy nie tylko ten narząd, w którym tkwi, ale i inne.

[1]) W toksykologii Lewina, właśnie wyszłéj, również znajdujemy (str. 181) wzmiankę, że nitrobenzol oddziaływa tak jak kw. pruski; autor powtarza poprostu mylne zdanie Renarda, jak to czyni i Seydel (w dziele Maschki).

3) Zrost całkowity blaszek osierdziowych może nie dawać żadnych pewnych znamion rozpoznawczych.

4) Bardzo znaczne zgrubienie włókniste blaszek opłucnowych nie daje charakterystycznych znaków rozpoznawczych.

16. Franciszek Nardenbruch lat 58 liczący wyrobnik przyjęty do szpitala d. 5/3, zmarł d. 1/4 1883. Przed miesiącem opuścił z powodu braku miejsca szpital, gdzie leżał przez dwa tygodnie z powodu kaszlu i duszności. Obecnie te same dolegliwości tylko w wyższym stopniu. Stan obecny d. 5/3: Budowa dobra, odżywienie liche, skóra blada, obrzęk nóg, klatka piersiowa wypukła, żyły szyjne wydęte, rozedma płuc znaczna, nieżyt oskrzelowy rozległy suchy. Puchlina klatki piersiowéj (*Hydrothorax*), puchlina brzucha. Drugi ton nad tętnicą płucną zaostrzony stan bezgorączkowy, tętno 96 n. m. Moczu c. g. 1,028, białka ślad dobrze spostrzegalny; ciałka ropy, nader pojedynczo tu i owdzie wałeczek Belliniego.

Rozpoznanie kliniczne: *Bronchitis diffusa, emphysema pulmonum. Hydrops universalis.* Przebieg: 11/3 kilkorazowe rozwolnienie, zresztą przez cały czas pobytu zaparcie stolca uporczywe. D. 31/3 podano choremu lek przeczyszczający (*Aq. lax. c. sal. amar.*), w nocy umarł.

Rozpoznanie anatomiczne: *Bronchitis diffusa, emphysema vesiculare praestans oedema, acutum pulmonum, pleuritis fibrosa bilateralis. Hypertrophia excentrica majoris gradus cordis dextri et degeneratio adiposa musculi cordis. Hyperaemia passiva et degeneratio adiposa hepatis; hyperaemia passiva renum; tumor lienis chronicus. Oedema laryngis. Hydrops anasarca praestans, ascites et hydrothorax praecipue sinister.*

Objawy przerostu prawéj komory serca (zaostrzenie 2giego tonu nad tętnicą płucną) zanotowano w historyi choroby. Ważném jest, że za pierwszorazowym pobytem w szpitalu przed miesiącem nie było objawów przerostu prawéj komórki serca.

Objawy nerki zastoinowéj zanotowano również w historyi choroby (mała ilość wysyconego moczu zawierającego białko w małéj ilości i tu i owdzie wałeczki Belliniego). Zauważyć należy, że przed miesiącem podczas pierwszorazowego pobytu chorego w szpitalu od 21/1 do 3/2 ani białkomoczu nie było ani opuchliny, ale że wtedy obserwowano napady dychawicy (*asthma bronchiale*).

Powiększenia śledziony za życia wykazać nie można było ani podczas pierwszego ani podczas powtórnego pobytu chorego w szpitalu.

Objawy nieżytu zastoinowego żołądka i kiszek zanotowano jako brak łaknienia, uporczywe zaparcie stolca czasem tylko na przemian z rozwolnieniem.

Podczas pierwszorazowego pobytu chorego w szpitalu skonstatowano znaczny obrzęk wątroby (na 4 palce niżéj łuku żebrowego) o brzegu gładkim, grubym, powierzchni równéj, czego nie spostrzeżono za powtórném przybyciem chorego, owszem stwierdzono wymiary wątroby prawidłowe, ale stwierdzono już opuchlinę brzucha (*ascites*), nastąpił więc w przeciągu 4 tygodni zanik wątroby muszkatołowéj, którego i inne objawy były wyraźne (opuchlina brzucha w niestosunku do opuchliny odnóg dolnych).

Objawów zgrubień włóknistych opłucnowych znowu nie było (patrz poprzedni przypadek).—Zresztą protokół sekcyjny zgadza się z klinicznem rozpoznaniem, a z zestawienia wyników nekroskopii z objawami za życia wybadanemi wynika:

1) Zanik muszkatołowéj wątroby łatwo rozpoznać się dający przez uwzględnienie: *a*) warunków do zastoin w ogóle (*Bronchitis, emphysema pulm., vitium cordis*; *b*) przez zmniejszenie się pierwéj powiększonéj wątroby; *c*) opuchliny brzucha zwiększającéj się niestósunkowo znacznie do obrzęku nóg. Zanik ten wątroby występuje na parę tygodni przed skonem.

2) Równocześnie prawie występuje nieżyt zastoinowy kiszek objawiający się uporczywém zaparciem stolca jakoteż 3) i zastoinowe przekrwienie nerek, którego objawy wyżéj podano.

4) Dosyć znaczny obrzęk śledziony może ujść rozpoznaniu. O badaniu śledziony i pewnym wyniku tego badania pomówimy na innem miejscu.

5) U chorych z nieżytem oskrzelowym i rozedmą płucną jedną z ostatecznych przyczyn smierci bywa ostry obrzęk płuc i krtani.

17. Franciszek Lipiński l. 74 l. wyrobnik przybył 11/5, zmarł 14/5 1883. Od 2 tygodni osłabienie ogólne i ból w krzyżach, zresztą nic od chorego dowiedzieć się nie można. Stan obecny 12/5: Budowa dobra, odżywienie liche, skóra blada, język obłożony; w szczycie prawego płuca objawy nieżytu oskrzelowego; rozedma płuc znaczna; klatka piersiowa w całości plaska; w dolnych częściach z tyłu klatki piersiowéj objawy przysłuchowe nieżytu oskrzelowego suchego. Po obu stronach w pasze oddech b. mocno zaostrzony, bez zmiany wypukowego odgłosu w témże miejscu, nad żyłami szyjnemi buczenie; tony serca tępe; wątroba pod łukiem żebrowym macalna; tętno miękkie 96 n. m. Ciepłota 36·9—37.6. Drżenie palców u rąk.

Rozpoznanie: *Bronchitis diffusa, emphysema pulmonum, marasmus in potatore.*

Rozpoznanie anatomiczne: *Emphysema vesiculare pulmonis utriusque, pneumonia crouposa in stadio hepatisationis griseae lobi inferioris pulmonis sinistri et pneumonia incipiens partium posteriorum pulmonum; bronchitis diffusa, oedema chronicum partium restantium pulmonum. Pleuritis fibrosa obsoleta ambilateralis insignis. Hypertrophia excentrica utriusque cordis et degeneratio adiposa incipiens musculi cordis. Endocarditis papillaris valvularum semilunarium aortae; processus atheromatosus aortae, arteriarum coronariarum cordis et arteriarum ad basim cerebri. Degeneratio adiposa et hyperaemia passiva hepatis, tumor lienis chronicus. Catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus cum degeneratione fibrosa glandularum mesaraicarum.*

Zapalenia płuc włóknistego w okresie zwątrobienia szarego, które sekcyja wykazała, a z którém chory trzy dni tylko w szpitalu bawiący już przyszedł niezawodnie, nie rozpoznaliśmy. Badanie miejscowe wykazywało bardzo znaczny nieżyt oskrzelowy a ogólnych objawów zapalenia płuc wcale nie było. Przebieg ciepłoty ciała przez 3 dni pobytu w szpitalu był następujący 37·5 r.; 36·9 w. 37. r. 37. w. 37·2 r. 37·6 w. 36·5 tętno 90 miękkie, nikłe tony tępe. Szczegółowy protokół sekcyi wykazuje, że naciek był niewielki i że zajmował część środkową płatu dolnego lewego. Plwocin rdzawych nie było. Przebieg takich zapaleń płuc astenicznych znany jest dobrze, to co tu przytaczamy jest tylko dowodem, że o omyłkę w podobnych przypadkach nie trudno, że czasem nawet najmniejsze podniesienie ciepłoty ciała nie zamarkuje rozpoczynającego lub szerzącego się zapalenia płuc astenicznego. Albowiem sekcyja wykazała i w drugiém płucu w tylnéj części rozpoczynający się naciek a mimo to stwierdzono stan bezgorączkowy w ostatnich dniach choroby

jak i przedtém. Następnie sekcyja zrobiła nam znowu niespodziankę, stwierdziwszy zapalenie opłucny włókniste znacznego stopnia; o możności rozpoznania takowego mówiliśmy już dwa razy. Zapalenie brodawkowate zastawek półksiężycowych tętnicy głównéj (*Endocarditis papillaris valvularum semilunarium aortae)* było prawie bez objawów (tony nad aortą tępe); sprawę miażdżycową w ogólności objęto już mianem uwiądu (*marasmus*), co do miażdżycy tętnic wieńcowych w tym właśnie przypadku żadnego nie było objawu, z któregoby się jéj nawet domyślać można było. Sekcyja wykazała następnie przerost prawéj komórki, którego oznak za życia stwierdzić nie można było właśnie dla tego, że mięsień sercowy już był zwyrodniały a czynność jego słaba. Następowe zmiany wątroby rozpoznano za życia, obrzęku śledziony znów wykazać nie można było; objawy nieżytu zastoinowego żołądka i kiszek były wyraźne za życia, a następowe włókniste przeobrażenie gruczołów krezkowych *(degeneratio fibrosa glandularum mesaraicarum)* zawsze wprost usuwa się z pod rozpoznania; warto jednak zanotować, że istnieć może w następstwie długotrwałego nieżytu zastoinowego kiszek, boć trudno przypuścić, żeby między temi sprawami obydwiema zachodził związek przyczynowy wręcz odwrotny. Z porównania historyi choroby tego przypadku z wynikiem sekcyi wynika: 1) Znaczny proces miażdżycowy w tętnicach wieńcowych żadnych może nic dawać oznak rozpoznawczych za życia. Zapalenie brodawkowate zastawek tętnicy głównéj również istnieć może bez znaków za pomocą badania fizycznego wyśledzićsię dających. 2) Zapalenie włóknikowe płuc czasem nawet ani najmniejszém podniesieniem się ciepłoty ciała nie markuje się w formie swéj astenicznéj, któréj przebieg i właściwość zresztą znane powszechnie, 3) Nawet bardzo znaczne zapalenie włóknikowe opłucny usuwa się z pod rozpoznania za życia.

18. Ferdynand Idzikowski l. 83 żebrak przybył 17/5, zmarł 29/5 1883. Z końcem marca b. r. opuścił szpital, gdzie leżał przez 2½ miesiąca z rozpoznaniem: „*Bronchitis, emphysema pulmonum, Ischias d.* Wkrótce po wyjściu dawne dolegliwości stopniowo wzmagały się a od paru dni przystąpiła do tego duszność bardzo znaczna i kłucie w prawym boku. Stan obecny d. 18/5: Budowa dobra, odżywienie liche, skóra bardzo blada, język suchawy, obłożony. Dołki nad—i podobojczykowe zapadnięte, mięśnie obojczykomostko-sutkowe mocno się markują, rozedma płuc znaczna, szczyty płuc wolne; z przodu kl. piersiowéj wdech po prawéj stronie mocno zaostrzony, toż samo w pasze po obu stronach z tyłu u dołu klatki piersiowéj stłumienie po obu stronach, wyraźniejsze po stronie lewéj; szmery oddechowe tamże słabsze, po lewéj z głębi przebija oddech oskrzelowy; tony serca głuche. W moczu ślad białka, nader pojedynczo wałeczki Belliniego; c. g. 1,021, chlorki zmniejszone; stan bezgorączkowy; plwociny rdzawe, tętno 90 słabe.—21/5: Objawy wyraźne nacieku po obu stronach z tyłu w dolnéj części. Przebieg gorączki od 21/5—28/5: 37°C.—37·4° C. t. 136 w. 37.8 r. 37·8, 37·5—36.9, 38° C. 37·7, 37—36·4, 37·6—37 tętno słabsze bardzo miękkie, w przedostatnim dniu charczenie jako objaw rozpoczynajacego się obrzęku płuc i arytmija tętna wyraźna; oznaki miejscowego cierpienia w jednakowéj mierze się utrzymują. Rozpoznano: *Bronchitis diffusa, emphysema pulmonum, atheroma arteriarum subsequente pneumonia nota.*

Rozpoznanie anatomiczne: *Emphysema pulmonum senile, pneumonia recens partium inferiorum lobi inferioris dextri. Bronchitis diffusa. Bronchiectases praecipue pulmonis sinistri. Pneumokoniosis*; *atrophia senilis fusca musculi cordis. Processus atheromatosus aortae. Hypertrophia levioris gradus et dilatatio ventriculi cordis dextri. Degeneratio adiposa et hyperaemia passiva hepatis. Tumor lienis chronicus. Nephritis interstitialis chronica. Catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus atrophicus, marasmus universalis.*

Oddech oskrzelowy, który słyszeć się dawał przy każdorazowém badaniu od początku przyjścia chorego do szpitala po lewéj z tyłu i stłumienie tamże zależne były od zbitego miąższu naokoło rozstrzeni oskrzelowéj; po prawéj stłumienie z oskrzelowym oddechem odpowiadało świeżemu naciekowi. D. 21/5 pylicy nie rozpoznano, zapewne zapadnięcie klatki piersiowéj z przodu dawało w ogóle objaw induracyi i znak ten był zanotowany w historyi choroby. Obrzęku śledziony nie stwierdzono za życia a zmianę w nerkach, którą sekcyja wykazała jako zapalenie śródmiąższowe chroniczne zanikowe (*Nephritis interst. chr. atroph.*) uważano za nerkę zastoinową wedle oznak rozbioru moczu i istniejącéj w chorobie głównéj przyczyny takowéj. Z tego wszystkiego wynika: 1) Zapadnięcie klatki piersiowéj obustronne (symetryczne) bez wyraźnych innych objawów retrakcyi po zapaleniu opłucny (*retrecissement thoracique*) między innemi o pylicy myśleć nakazuje. 2) Objawy nerki zastoinowéj są te same co w zapaleniu śródmiąższowém zanikowém przewlekłém u starców *(nèphr. interst. chr. atroph.).* (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Baumgarten: **Doświadczalne i patologiczno-anatomiczne badania nad gruźlicą.**

Jak już w poprzedniéj części mego referatu wspomniałem, autor jest zwolennikiem teoryi proliferacyjnéj przy powstawaniu komórek olbrzymich; przyznaje jednak, że nie udało mu się dotąd wynaleźć figur karyokinetycznych w komórkach epitelioidowych o więcéj jądrach, co dopiero możnaby uważać za niewątpliwy dowód prawdziwości téj teoryi. Szczepiąc do komory przedniéj oka masy gruźlicze nie zauważył autor ani w gruzełkach tęczówki ani rogówki komórek olbrzymich, nie znalazł ich także w najbliższych gruczołach limfatycznych, zajętych następowo gruźlicą. Po zaszczepieniu jednak produktów perłowiny, ubogiéj jak wiadomo w laseczniki, lub po wczesném oddaleniu gałek ocznych zakażonych lasecznikami w celu przeszkodzenia dostaniu się tych ostatnich w wielkiéj ilości do organów wewnętrznych, znajdował zawsze liczne komórki olbrzymie w gruzełkach. Dzielenie się komórek epitelioidowych i pomnażanie się ich w gruzełku przypisuje wpływowi laseczników, które mają być przyczyną figur karyjokinetycznych w jądrach, dzielenia się takowych i ich pierwoszczy. Jeżeli laseczników jest za mało, jak to właśnie ma miejsce po zaszczepieniu perłowiny lub wczesném wyłuszczeniu gałek ocznych, to wpływ ten laseczników wyczerpie się, zanim przyjdzie do dzielenia się pierwoszczy, pozostają rozmnożone tylko jądra w jednéj masie pierwoszczy i mamy obraz komórki olbrzymiéj. Za mała ilość laseczników byłaby zatém przyczyną tworzenia się komórek olbrzymich i ten tak wyrozumowany wpływ laseczników uważa autor za najlepsze poparcie swéj teoryi proliferacyjnéj. Teoryja ta jednak tak na pozór prawdopodobna staje w wielkiéj kolizyi z faktami anatomicznemi, jakie dotąd znamy o komórkach olbrzymich, mianowicie w gruźlicy. Że powstawania komórek tych nie można tłumaczyć jakąś za małą

ilością laseczników, których wpływ, ponieważ jest ich właśnie za mało, ma się niby wyczerpnąć śród dzielenia jąder, zanim przyjdzie do dzielenia się także i pierwoszczy, wynika już z téj okoliczności, że w komórkach olbrzymich, a czasem prawie tylko w nich, znajdujemy laseczniki i to niekiedy w zdumiewająco ogromnéj ilości. Bylato dostateczna ilość pasorzytów, aby i pierwoszcza się podzieliła. Ta właśnie okoliczność jak sprzeciwia się wprost teoryi proliferacyjnéj autora, tak znowu może posłużyć za silną podstawę dla teoryi konfluencyjnéj, któréj głównym obrońcą jest Arnold. Skoro dzisiaj nie ulega już wątpliwości, że propagacyja laseczników odbywa się przez naczynia limfatyczne i krwionośne (Ponfick, Weigert), to cóż bliższego, jak przypuszczenie, że komórki olbrzymie są właśnie tylko przekrojami poprzecznemi lub skośnemi naczyń mniéj lub więcéj gruźliczo zmienionych, a do których dostały się laseczniki i dały początek gruzełkom dotyczącego miejsca. Komórki olbrzymie i mała ilość laseczników w pewnych (chronicznych) produktach gruźlicy zostają z sobą w pewnym stosunku, ale tego nie nazwałbym przyczynowym, jak to utrzymuje autor, lecz ilościowym a wynikającym równocześnie z wspólnéj a nieokreślonéj jeszcze dzisiaj dokładnie (mimo prac Ponficka i Weigerta) przyczyny, która sprawia u jednego indywiduum gruźlicę prosówkową ostrą, u innego zaś chroniczną trwającą całe lata, chociaż w obu razach ostateczny czynnik jest jeden i ten sam, tj. laseczniki. Być może, że w naczyniach krwionośnych i limfatycznych krążące laseczniki napotykają pewne przeszkody, w skutek ktorych z endotelijów powstają t. z. komórki olbrzymie, te mogłyby przynajmniéj do pewnego stopnia wstrzymywać laseczniki od rozszerzenia się po całym organizmie i od wywołania w każdym przypadku gruźlicy ostréj. Byłbyto wtedy stosunek przyczynowy komórek olbrzymich do małéj ilości laseczników, ale wprost przeciwny temu, jaki przypuszcza Baumgarten. Więcéj jeszcze za teoryją konfluencyjną niż powyższe moje przypuszczenia przemawiają obrazy drobnowidowe komórek olbrzymich, a w tak przekonywający sposób przedstawione w publikacyjach Arnolda *(Archiw Virchowa)* a niedawno Orthmanna (*Archiw Virchowa* t. 100, zeszyt 3). Z méj strony dodałbym tylko, że komórki olbrzymie (a mam tylko gruźlicę na myśli) nie wszystkie czynią wrażenie komórek w têm znaczeniu, w jakiêm powszechnie słowo to dzisiaj pojmujemy. Centrum komórek olbrzymich o jądrach obwodowo umieszczonych (Langhans) nie koniecznie musi być pierwoszczą, ponieważ nie zawiera jąder dających się zabarwić. Tak samo możemy je uważać za część gruzełka, która uległa nekrozie koagulacyjnéj. W innych znowu przypadkach około jąder nibyto komórki olbrzymiéj można niekiedy dokładnie rozróżnić obwódki protoplasmatyczne, dające się oddzielić od sąsiednich, czyli że komórka olbrzymia nie jest komórką ale konglomeratem takowych. Wśród gruzełka, zwłaszcza częściowo już zserowaciałego, można niekiedy zauważyć komórki olbrzymie, których obwodowe ułożenie jąder ma to osobliwego, że takowe (jądra) przedstawiają tylko pewien ułamek koła lub elipsy, w brakującéj zaś części tych figur widzimy przy znacznych zwiększeniach i immersyi pewien rodzaj łuków inaczéj zabarwionych (o ile o barwie tych mas mówić można) i o inaczéj ułożonych molekułach nekrotycznych, przypomina to żywo ściany naczyń uległych nekrozie koagulacyjnéj. Łuki te dokładnie łączą przerwane końce elipsy lub koła i zdają się przecież przemawiać za powstaniem takiéj komórki z endotelijów naczynia. Zarzut autora przeciw przypuszczeniu endotelijalnego pochodzenia komórek olbrzymich, że komórki te powstają i w gruzełkach organów bez naczyń, jak np. rogówka, wydaje mi się najmniéj usprawiedliwionym, bo sam zwraca uwagę na innêm miejscu na liczne nowowytworzone naczynia w tkance rogówkowéj, jeźli takowa jest siedzibą gruzełków. (Dok. n.)

Przyczynki do antyseptyki w chirurgii.

II.

Dr. Kümmell: Zakażenie dotykiem i powietrzem w chirurgii.

K. zastanawia się nad następującemi pytaniami: Czy środki dezinfekcyjne zwykle trująco na organizm działające są koniecznie potrzebne do zupełnéj dezinfekcyi, czy one są jedynie zbawiennemi działaczami w dzisiejszych pomyślnych skutkach zabiegów chirurgicznych, czy posiadamy szybko i pewnie działający środek antyseptyczny, a wreszcie jakie ma znaczenie powietrze ze względu na zakażenie ran? Dwie są drogi, na których zakażenie ran do skutku przyjść może, a to albo drogą zetknięcia się z raną rąk, narzędzi, gąbek itd., albo téż drogą powietrza.

Kümmell nie wykonywał swych doświadczeń na hodowlach czystych pod względem zachowania się ich na środki antyseptyczne, co zresztą lekarza praktycznego mniéj obchodzić może i co Gaertner na tym Zjeździe już uwzględnił, lecz raczéj badał stosunek bakteryj w chorobach i stosunkach chirurga praktycznego obchodzących do środków antyseptycznych. Doświadczenia swe wykonywał w ten sposób, że badane przedmioty jak narzędzia, gąbki, ręce, części miękkie ran, powietrze i płyny wprowadzał w zetknięcie z rozczynem odżywczym Kocha i badał w nim rozwój bakteryj.

Rezultaty doświadczeń tych były następujące: Narzędzia polerowane, wzięte prosto z pułki i włożone na 2 minuty do 5% roz. kw. karbolowego, dawały kolonije bakteryj tak samo jak poprzednio obmyte i włożone na 6 minut do 5% roz. kw. karb. Pozostawienie polerowanych narzędzi przez 10 min. w 5% a nawet 3% roz. kw. karb. sprowadza zupełną dezinfekcyję tychże, podczas gdy rozczyn 1‰ sublimatu nawet po 15 minutach przeszkadza rozwojowi kolonij.

Rozczyny olejku miętowego, terpentynowego, ol. sosny pospolitéj i gorczycznego w stosunku 1,0:500,0, daléj 10% nadniedokwas wodu i 5% rozczyn mydła potasowego dopiero po 15 min. i to w nielicznych przypadkach dezinfekcyjonowały włożone do nich narzędzia. Niepolerowane, chociażby czysto utrzymane, narzędzia są jeszcze trudniejsze do oczyszczenia z bakteryj.

Przy badaniach anatomicznych używane narzędzia po 15 minutowêm leżeniu w 5% roz. kw. karbol. i 1% roz. sublimatu dawały bardzo liczne kolonije bakteryj.

Narzędzia o powierzchni nierównéj i chropowatéj są trudniejsze do dezinfekcyi aniżeli o powierzchni gładkiéj.

K. wykonał szereg doświadczeń z nożem w rozmaitych rozczynach dezinfekcyjnych i przyszedł do następujących rezultatów: Czas 15—5 min. był wystarczającym do dezinfekcyi noża w 3% roz. kw. karb. Czas 3 min. nie wystarczał do tego.

5% roz. kw. kar. niszczy w przeciągu 15—5—3 min. wszelkie organizmy.

1‰ rozczyn tymolu dopiero po 15 min. tamuje rozwój bakteryj.

Woda chlorowa w przeciągu 15—5—3 min. niszczy zupełnie bakteryje, po 1 min. rozwijają się jeszcze pleśniawki.

1‰ roz. sublimatu nie jest zdolnym ani po 2 min. ani po 5 ani nawet po 15 min. zniszczyć wszystkich organizmów.

Zetknięcie się narzędzia bezpośrednio z środkiem dezinfekcyjnym jest niezbędnym warunkiem działania tegoż a ułatwia się je przez poprzednie obmycie narzędzia ciepłą wodą z mydłem lub ciepłém potasowém mydłem.

W dobrze urządzonéj sali operacyjnéj środek dezinfekcyjny jest zbyteczny a narzędzie w powyższy sposób obmyte i w sterylizowanéj wodzie destylowanéj opłukane nie wywołuje w rozczynie odżywczym tworzenia się kolonij.

Narzędzia używane w anatomicznych celach po obmyciu wodą i mydłem leżąc przez minutę w kw. karbol., sublimacie lub wodzie chlorowéj były od bakteryj zupełnie wolne.

Gąbki używane przy operacyjach części ropą i wypociną dyfterytyczną przesiąkłych jako też gąbki przy sekcyjach używane po poprzedniém dokładném wymyciu wodą ciepłą i mydłem i następném włożeniu ich do 5% roz. kw. karb. lub 1‰ sublimatu albo do wody chlorowéj na 2 minuty zostają zupełnie dezinfekcyjonowane, podczas gdy bez wymycia nawet po ½ godzinném działaniu tych środków dają powód do obfitego rozwoju kolonij. Tak samo ma się rzecz ze skubanką, kompresami i opatrunkami.

Surowy katgut w cienkich warstwach w 1‰ roz. sublimatu na 1 godz. włożony jest zupełnie dezinfekcyjonowany.

Szczególniejszą uwagę zwrócił Kümmell na przedmiot najczęściéj przyczyną infekcyi będący, tj. na ręce, przyszedł on do przekonania, że są one przedmiotem najtrudniéj dezinfekcyjonować się dającym.

Ręce po sekcyi dokładnie wodą i mydłem obmyte i włożone do gelatyny sprowadzają szczególnie w miejscach swych zagłębień i dołków po kilku dniach silny i szybki rozwój bakteryj a to zwykle najpierw w miejscach odpowiadających zagłębieniom pod paznokciami.

Kilkakrotne obmycie rąk wodą i mydłem nie polepsza wyniku.

Ręce po sekcyi zwłok kobiety zmarłéj z zapalenia otrzewny popołogowego, wymyte dokładnie i kilkakrotnie wodą i mydłem, następnie 5% roz. kw. karb. i wodą chlorową wywoływały silny rozwój bakteryj w gelatynie i rozpłynięcie się téjże. Ten sam skutek ma kilkakrotne obmycie rąk wodą i mydłem i następne po upływie pewnego czasu opłukanie ich 1‰ rozcz. sublimatu.

Ręce po sekcyi lub też gąbka przy téjże używana zakażone a obmyte kilkakrotnie dokładnie wodą i mydłem przy użyciu szczotki a następnie borem, salicylem, tymolem lub sterylizowaną przekroplaną wodą dezinfekcyjonowane, dawały powód po 5—7 dniach do obfitego rozwoju bakteryj w gelatynie; 1‰ roz. sublimatu tylko w rzadkich przypadkach sprowadził zupełną dezinfekcyję rąk; 5% kw. karb. i woda chlorowa prawie zawsze skutek ten wywierały.

Części miękkie wyjęte z świeżéj rany sprowadzały zawsze rozwój bakteryj i rozpłynięcie się gelatyny, nawet gdy w czasie operacyi rana ustawicznie irygowana była rozczynem sublimatu 1,0:10000,0, lub też zmywana często gąbką leżącą w 1‰ roz. sublimatu. W jednym-atoli przypadku, gdzie żadnego środka antyseptycznego nie używano lecz w miejsce tegoż wody dest. sterylizowanéj, części miękkie w gelatynie rozwoju bakteryj nie sprawiały. W dwóch innych przypadkach przy użyciuwody sterylizowanéj miał miejsce rozwój bakteryj z następném rozpłynięciem się gelatyny. (Dok. n.)

Weichselbaum: O przyczynie nosacizny u ludzi.

Podczas gdy nosacizna, szerząca się między końmi, znaną już była w 4tym wieku, odnoszą się pierwsze spostrzeżenia dotyczące nosacizny u ludzi dopiero do roku 1812, w którymto czasie francuski lekarz wojskowy Lorin podał pierwszą, aczkolwiek niedokładną, wiadomość o téj chorobie. Szczegółowszy opis nosacizny u ludzi zawdzięczamy Schillingowi, pruskiemu lekarzowi pułkowemu, z roku 1821. Skoro poznano, że nosacizna jest chorobą zaraźliwą, pojawiły się liczne prace o różnych postaciach prątków wykrytych w produktach nosacizny. Prace te jednak nie były dosyć przekonywające. Dopiero w r. 1882 Löffler i Schütz podali, że w nosaciznie znaleźli laseczniki, z których otrzymane hodowle czyste wywoływały u różnych zwierząt niewątpliwie nosaciznę. Wykryte laseczniki miały postać i wielkość zbliżoną do laseczników gruźliczych. Następnie w trzy dni późniéj ukazała się praca Boucharda, który dowodzi, że z produktów nosacizny udało mu się wyhodować prątki okrągławe, układające się w łańcuszki i że przeszczepienie tych prątków sprowadza u zwierząt wszystkie objawy nosacizny. W roku 1883 miał Israel wykład w Tow. lek. berlińskiém o hodowlach otrzymanych z produktów nosacizny. Z wyhodowanych dwóch różnych postaci prątków okazała się tylko jedna postać jako zaraźliwa, a mianowicie byłyto laseczniki podobne do laseczników opisanych przez Löfflera i Schütza.

Autorowi nadarzyła się sposobność obserwowania nosacizny u kobiety, którą 6 października 1883 r. przyjęto do szpitala Rudolfa w Wiedniu. Chora bezprzytomna. Na twarzy, na odnogach i tułowiu znajdowały się nieliczne krosty, z których większa część odpowiadała wprawdzie wielkością swą krostom ospowym, niektóre atoli były znacznie większe. Nadto stwierdzono obecność większych guzów w skórze i w tkance podskórnéj. Na powiece górnéj prawéj znajdował się wrzód, powstały z rozpadu guza. Na odnogach zaś znajdowały się gdzie niegdzie ropnie z wybitném chełbotaniem. Z nosa ciekła obfita wydzielina wodnista śluzowa. Według życzenia Dra Spořila, kierownika oddziału dla chorych na ospę, badał autor ropę, sączącą się z króst i wydzielinę nosową. Tak w ropie jak i wydzielinie napotkano wielką ilość laseczników, odpowiadających mniéj więcéj lasecznikom opisanym przez Löfflera, Schütza i Israela. Byłyto laseczniki tak długie jak prątki gruźlicze, szersze jednak od nich. W niektórych znajdowały się zarodniki gruźlicze. W ropie znajdowała się tylko ta postać prątków, gdy tymczasem w wydzielinie nosowéj były także inne postacie grzybków. W obec tego rozpoznanie nosacizny nie ulegało żadnéj wątpliwości.

Przypadek ten zużytkował autor do rozwiązania pytania, czy z produktów nosacizny człowieka można wyhodować te same mikroorganizmy, jakie Löffler, Schütz i Israel otrzymali w nosaciznie koni. W tym celu zaszczepił autor maleńką ilość ropy z króst na ziemniakach i żelatynie. W godzinę po dokonaniu przeszczepienia umarła chora. W trzy godziny po jéj śmierci wzięto znów odrobinę ropy z króst do przeszczepienia. Nekroskopija potwierdziła rozpoznanie. Na kości ciemieniowéj lewéj znajdowało się ognisko ropne, a opony mózgowe były w odpowiedniém miejscu ropą naciekłe. Błona śluzowa wyścielająca jamę nosową przedstawiała bardzo znaczne zmiany. Nabrzmienie téjże było tak silne, że nastąpiła niedrożność jamy nosowéj. Na błonie śluzowéj nosa, języka, przełyku, podniebienia miękkiego znajdowały się liczne guzki, częścią wypełnione ropą.

W płucach napotkano tylko pojedyncze guzki, rozmiękłe, wielkości grochu lub wiśni. Po sekcyi szukano jeszcze ponownie prątków w ropie, wydobytéj z różnych guzów i ropni. Opisane laseczniki znaleziono nietylko w ropie, lecz także w krwi i moczu. Zdaje się nie ulegać najmniejszéj wątpliwości, że zatrudnienie choréj — zbieranie szmat po śmieciach—nastręczyło jéj sposobność do zarażenia się nosacizną. Łatwo być bowiem może, że między uzbieranemi szmatami były także takie, których kiedyś używano u koni nosatych. Furtką, przez którą dostał się jad do organizmu, był prawdopodobnie przeczos lub ranka na powiece górnéj prawéj, gdyż w tém miejscu wytworzył się wrzód największy. Hodowle powiodły się najzupełniéj, tworząc na ziemniakach powłokę brunatną, a zamieniając żelatynę na masę białawą ciągnącą się. Najszybciéj rozwijały się hodowle w ciepłocie 37—38°C., pod wpływem któréj już po 2 lub 3 dniach powstawały wybitne kolonije prątków. W ciepłocie pokojowéj rosły hodowle bardzo powoli tak, że mikroskopowo można było stwierdzić rozwój laseczników dopiero po 2 lub 3 tygodniach. Za to jednak laseczniki były znacznie dłuższe i grubsze, a zarodniki w nich wyraźniejsze. Laseczniki rozwijały się na wszystkich prawie pożywkach używanych do hodowli prątków. Autor przedsięwziął następnie liczny szereg doświadczeń, szczepiąc zwierzętom jużto ropę z króst jużtéż laseczniki wyhodowane na różnych pożywkach. Do szczepienia używał świnek morskich, królików i owiec. W miejscu szczepienia powstawał po 3—4 dniach guz, rozpadający się późniéj we wrzód. Zwierzę zdychało po 10—13 dniach. Dalsze szczepienia krwią lub moczem zwierząt dotkniętych nosacizną wywoływały również nosaciznę. (*Wiener med. Wochenschrift*. 1885. Nr. 21, 22, 23, 24). *Dr. Prus.*

Komisyja sanitarna międzynarodowa w Rzymie.

Postanowienia w kwestyi cholery powzięte przez podkomisyję wyznaczoną z międzynarodowéj Komisyi sanitarnéj w Rzymie brzmią jak następuje: 1) Kwarntany lądowe i kordony są bezpożyteczne.—20 głosów tak—1 głos nie (Turcyja). 2). Najdzielniejszym środkiem przeciw szerzeniu się cholery jest asanizacyja przystani morskich. —Jednogłośnie. 3) Ewidencyja stosunków zdrowotnych w miastach portowych jest wskazaną.—Jednogłośnie. 4). Konsulowi ma służyć prawo zasiągania informacyj co do stosunków zdrowotnych miast i portów większych, a to w celu widymowania paszportów i zawiadamiania swych rządów drogą telegraficzną.—10 głosów tak, 8 wstrzymało się od głosowania (Niemcy, Brazylija, Danija, Brytannija, Indyje, Japonija, Szwecyja, Norwegija) 2 nie (Rumunija, Turcyja). 5) Konsulowie państw, do których okręt dochodzi, są upoważnieni do przyglądania się badaniu sanitarnemu okrętów.—8 wstrzymało się od głosowania (Niemcy, Brazylija, Hiszpanija, Francyja, Meksyk, Rosyja, Norwegija, Szwecyja) 8 tak, 6 nie (Brytanija, Indyje, Japonija, Rumunija, Serbija, Turcyja). 6) Okręty, przeznaczone dla podróżnych muszą mieć na swym pokładzie lekarza zamianowanego przez zarząd kraju, do którego okręt należy. Odwołanie lekarza może być uskutecznioném tylko przez tenże zarząd, a lekarz ma być niezawisłym od towarzystw okrętowych.—19 tak, 3 wstrzymały się od głosowania (Stany Zjednoczone, Szwecyja, Norwegija). 7). Każdy okręt wypływający z portu podejrzanego o szerzenie się w nim cholery ma posiadać dostatecznie wielkie kajuty, w którychby chorych na cholerę odosobnić można było.—Jednogłośnie. 8). Wszystkie wnioski programu Prousta przyjęto.—Jednogłośnie. 9) Wśród podróży należy utrzymywać najskrupulatniejszą czystość i starać się o dobrą wentylacyję. —Jednogłośnie. 10) Ustawy międzynarodowe dotyczące przekroczeń ustaw sanitarno-policyjnych mają obowiązywać na Morzu Czerwoném. —Jednogłośnie. 11) Wszystkie okręty przepływające przez cieśninę Bab-el-Mandeb a wracające z okolic podejrzanych o cholerę mają być badane przez lekarza zamianowanego przez Komisyję międzynarodową.—16 tak 4 nie (Brazylija, Hiszpanija, Brytanija, Indyje) 2 wstrzymały się (Stany Zjednoczone, Japonija). 12) Jeżeli lekarz potwierdzi, że przy odjeździe i wśród podróży stósowano się do przepisów sanitarnych i że nie było ani przypadku śmierci, ani zachorowania podejrzanego o cholerę — wtedy należy okręt puścić w dalszą podróż.—17 tak, 1 nie (Hiszpanija) 4 wstrzymały się (Stany Zjednoczone, Anglija, Indyje, Japonija). 13). Okręty, z których nie wysiada nikt z podróżujących na Morzu Czerwoném (w Egipcie) należy tylko raz zbadać a mianowicie w Suez.—16 tak, 2 nie (Hiszpanija, Turcyja) 4 wstrzymały się (Stany Zjednoczone, Anglija, Indyje, Japonija). 14) Okręty, z których wysiadają podróżni w jednym z portów Morza Czerwonego należy najprzód zbadać w Bab-el-Mandeb, a następnie w dotyczącym porcie.—17 tak, 1 nie (Hiszpanija), 4 wstrzymały się (jak pod 13). 15). Jeżeli na okręcie znajduje się cholera, to należy podróżnych odosobnić i podzielić na małe grupy. Okręt należy poddać dezinfekcyi.—18 tak, 2 nie (Anglija, Indyje), 2 wstrzymały się (Brazylija, Japonija). 16) Obserwacyja podróżnych, którzy w porcie wylądowali, winna trwać przez 5 dni, licząc od ostatniego przypadku cholery.—13 tak, 9 nie (Brazylija, Hiszpanija, Stany Zjednoczone, Anglija, Indyje, Meksyk, Rumunija, Serbija, Turcyja). 17) Chorych należy odosobnić i oddać pod opiekę lekarzy urzędowych.—18 tak, 1 nie (Brazylija), 3 wstrzymały się (Anglija, Indyje, Meksyk). 18) Wszystkie wnioski podkomisyi dotyczące małych statków przyjęto.—Jednogłośnie. 19) Również przyjęto wnioski odnoszące się do dezinfekcyi. —Jednogłośnie. (*Wiener med. Wochenschrift* 1885 Nr. 23.).

Dr. Prus.

Wiadomości pomniejsze.

(J. P.) **Hamamelis virginica jako środek szczmiący krew tamujący.** Najodpowiedniéj podawać lek ten (proszek) wewnętrznie w postaci pigułek (4 pig. na dzień, 2 przed jedzeniem, jedna pigułka nie powinna więcéj zawierać niż 50ctgr. leku) lub jako odwar z 30gr. kory. W użyciu jest jeszcze nastój (po 2 krople 3—4 razy dziennie) i wyciąg wyskokowy, z którego sporządzić można pigułki po 0·05gr. (dziennie 4 pig.). Zewnętrznie użyć można tego leku w formie maści lub czopków. Lecznicze swe działanie zawdzięcza ten środek znacznéj ilości kwasu garbnikowego. W krwiopluciu, w wymiotach krwawych, moczeniu krwawém, krwotokach nosowych okazał się bardzo skutecznym nawet w tych przypadkach, w których inne środki zawiodły. Również pomyślne wyniki leczenia otrzymano w biegunkach, czerwonce, rzeżączce, upławach białych. W chorobach ócz i gardła stosowano lek ten jako środek ściągający. W krwotokach z krwawnic i wrzodach żylakowych również świetnie działał.

(J. P.) Ciekawy przypadek **niepoczytności, wywołanéj skutkiem morfinizmu** zdarzył się we Francyi. Kobieta, 28-letnia przyzwyczajona od lat dwu do jednego grama morfinu dziennie,

popadala w stan niezwykłego rozdrażnienia, skoro tylko dawka morfiny była za szczupłą. Wśród takiego rozdrażnienia popełniła kradzież w wielkim magazynie. Sąd uwolnił oskarżoną na podstawie orzeczenia lekarskiego.

Ω Prof. J. Forster w Amsterdamie zastanawiał się nad pytaniem, **w jaki sposób lekarz powinien sobie ręce czyścić.** Na podstawie doświadczeń wykonanych w swéj pracowni higijenicznéj, przyszedł do przekonania, że metody zwykle używane są niewystarczającemi. W szeregu licznych doświadczeń myto np. ręce mydłem, nowemi, czystemi zupełnie szczotkami, następnie zupełnie czystemi rozczynami różnoprocentowemi kwasu karbolowego, borowego, chlorku zynkowego i żelazowego itd., następnie z zachowaniem wszelkich ostrożności wycierano je watą lub ręcznikiem przy 120 do 140°C. sterylizowanemi. Po tych zabiegach osoba, która czyni doświadczenia, zanurza palec w sterylizowany obojętny lub słabo alkaliczny rozczyn wodny mięsa, peptonizowany lub też wprowadzała palec w gelatynę Kocha. Po każdém doświadczeniu rozwijały się w użytych pożywkach różne postacie grzybków już w ciągu 24—60 godzin. Grzybki te za każdym razem badano drobnowidowo. Najdobitniéj przekonano się téż, że najwięcéj rozpowszechnione mycie rąk $2\frac{1}{2}\%$ kwasem karbolowym lub według Billrotha obmywanie poprzednie kwasem chlorowodowym i następnie 10% fenolem w glicerynie, nie wystarczało nigdy do zupełnego sterylizowania palców. Najpewniejszym środkiem dezinfekcyjnym do mycia rąk okazał się sublimat w rozczynie 0·50—1·00 na 1000 aq. Ten środek starannie użyty prawie zawsze zapobiegał rozwijaniu się grzybków w gelatynie lub rozczynie mięsa peptonizowanym, skutkiem wprowadzenia palca, jak to wyżéj opisano. Bliższe szczegóły téj zajmującéj rozprawy zapowiada autor na późniéj. Ogłosić je ma uczeń jego Wassing w *Archiv für Hygiene.* (*Allg. med. C.Ztg.*, 1885, str. 718).

Ω G. Falconi, profesor Wydziału lekarskiego w Cagliari, zaleca **w pierwszym okresie cholery**, a raczéj w okresie jéj zwiastunowym odwar z 100 grm. *herb. polygoni avicularis* na 400grm. wody. *Polygonum aviculare* jest rośliną nader pospolitą tak w południowéj jak i środkowéj Europie. Działanie odwaru ma być nieledwie cudowne, ale li tylko w okresie zwiastunowym. F. próbował środka tego nietylko w zeszłorocznéj cholerze ale także w czasie epidemii w r. 1854 i 1855, co w swoim czasie ogłosił. (*Allg. med. C. Ztg.*)

Ω W klinice prof. Doutreleponta w Bonnie używają obecnie **w leczeniu kiły wczesnéj połączenia chlorku rtęciowego z mocznikiem.** Asystent kliniki Dr. J. Schütz bardzo zachwala ten preparat. Ma on posiadać tę wyższość nad formamidem i glykokolanem rtęciowym, że działa szybko, że się w rozczynie dłużéj utrzymuje bez rozkładu i że łatwo samemu sobie lek ten przyrządzić. Nad wstrzykiwaniami $HgCl_2$ i $HgCl_2+NaCl$ preparat ten ma tę wyższość, że ból jest bez porównania mniejszy i krócéj trwający. Schütz utrzymuje, że ból po zastrzyknięciu tego nowego leku ogranicza się najczęściéj do uczucia napięcia w miejscu zastrzyknięcia, które się utrzymuje 2—6 godzin. Najłatwiéj przyrządzić lek przez rozpuszczenie 0·50 czystego mocznika w 100grm. 1% rozczynu sublimatu. Rozczyn utrzymuje się do 8 dni bez najmniejszéj zmiany. Zastrzykuje się podobnie jak sublimat w dawce 0·01 do 0·02 dziennie. (*D. med. Wochensch.*, 1885, Nr. 14).

Ω G. Mingazzini poleca użycie równoczesne **antipyryny i kairyny w celach obniżenia gorączki.** Leki te można albo równocześnie naraz podać lub też bezpośrednio jeden po drugim. Zdaniem autora przez takie połączenia osiąga się, szczególniéj w durze brzusznym, obniżenie ciepłoty o 0·2 do 0·9°C. większe niż po użyciu saméj antipyryny. Działanie również ma dłużéj trwać, a podnoszenie gorączki po przestaniu działania tego leku jest o wiele wolniejsze i mniéj przykre, niż po użyciu saméj antipyryny. W jednym przypadku udało się autorowi w durze brzusznym w ostatnim tygodniu choroby przez podanie antipyryny i kairyny *āā* 0·50 obniżyć ciepłotę z 39·0°C. na 36·5°, i przez 17 godzin utrzymywać ją poniżéj 38°C. Jedynie tylko poty są obfitsze niż po użyciu saméj antipyryny. (*Gazz. degli ospitali.* 1884, Nr. 104),

Ω Zdaniem lekarzy brazylijskich **sok mleczny z rośliny Euphorbia heterodoxa**, po hiszpańsku Aveloz zwanéj, ma działać znakomicie w *carcinoma epitheliale* warg, nosa, twarzy i powiek. Szczególniéj lek ten wychwala Dr. Brandeiro z Pernambucco. Barau z Santa Cruz otrzymał z soku *Euphorbia heterodoxa* żywicę, która ma posiadać własności bardzo żrące i którą należy uważać za istotę właściwie skuteczną. Żywicy téj używa się przeciw rakowi w postaci maści waselinowéj 1 do 3%. (*Chemische Ztg.*, 1885).

Ω J. Eward poleca gorąco **ipekakuanę w ciężkich przypadkach dysenteryi.** Sądzi on jednak, że ipekakuana w małych dawkach (np. po 0·30, jak ją lekarze niektórzy podają) osłabia bardzo siły chorego, podkopuje odżywienie i sprowadza często wymioty. O wiele stosowniéj jest podawać duże dawki a rzadziéj. Autor podaje ipekakuanę w proszku w ilości 2·50 do 3·50 grm. dwa do trzy razy dziennie. Wymioty, jeżeli wystąpią, nie są tak męczącemi, jak po użyciu małych a częstych dawek. Gdy objawy choroby łagodnieją, można zmniejszać dawkę. Również stwierdził autor, że ipekakuana w dużych dawkach do 4·00grm. rano i wieczór podawana, działa znakomicie w przewlekłéj dysenteryi, szczególniéj w przypadkach, w których domyślać się można owrzodzeń umiejscowionych, ograniczonych, (*The Lancet*).

Ω **Euphorbia pilulifera.** Na podstawie licznych doświadczeń przyszedł Dr. M. Morset do następujących wyników z tym nowym lekiem: 1) Pierwiastek skuteczny z *Euphorbia pilulifera* jest rozpuszczalnym w wodzie i wyskoku, prawie nierozpuszczalny w eterze, chloroformie i terpentynie. 2) Wyciąg z *Euphorbia pilulifera* zabija zwierzęta już w małéj ilości w skutek porażenia ośrodków oddechowych i serca. Oddechanie i ruchy serca na początku działania przyspieszone, potém wolnieją i ustają. 3) Stosowany w ciężkich przypadkach duszności, astmie, rozedmie płuc lub w przewlekłém zapaleniu oskrzeli działa znakomicie. Dawka najwyższa w takich przypadkach wynosi mniéj lub więcéj 1·00grm. rośliny suchéj lub wyciągu wyskokowego z odpowiedniéj ilości. Najlepiéj podawać lek w jakiéj łagodzącéj zawiesinie bezpośrednio przed posiłkiem. Beaumetz używa z dobrym wynikiem także *tincturae euphorbiae piluliferae spirituosae* po 10 do 30 kropli na dawkę. Jeden gram téj nalewki odpowiada 5grm. rośliny suchéj. (*Thèse*, 1884, 28 nov.).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 3 czerwca 1885.

Przewodniczący kol. prof. Rosner.
W zastępstwie sekretarza dorocznego kol. Zaremba.
Członków obecnych 16.

1) Kol. prof. Obaliński omawia laparotomiję z powodu przypadów niedrożności jelit, wywołanych pęknięciem jaja płodowego zamacicznego. (Rzecz ta została ogłoszoną w Nrze 25 Przeglądu Lekarskiego z d. 20 czerwca br.). Prelegent przedstawił wydobyty płód z łożyskiem, oraz całą macicą zapraszając

kol. prof. Madurowicza do dalszéj demonstracyi, co też tenże uczynił, poczém prelegent zwraca uwagę, że w tym przypadku robił właściwie cięcie próbne z powodu, że rozpoznać choroby nie można było napewne, przypady jednak bardzo za niedrożnością przemawiały.

W dyskusyi kol. prof. Rosner zapytuje, czy było zapalenie otrzewny, kol. zaś. Jaworski, w jakim stanie były jelita? Kol. prof. Obaliński odpowiada, że jelita były prawidłowe. Kol. Jan Rosner mniema, że w tym przypadku ważne było badanie ginekologiczne, pozwalając wnosić, czy jama Douglasa jest wypełnioną. Niekoniecznêm zaś jest robienie laparotomii w ciąży pozamacicznéj, gdzie często punkcyja wystarcza. Kol. prof. Obaliński zdanie to uznaje za słuszne, lecz nie dające się odnieść do obecnego przypadku, jako bardzo nagłego. Zresztą punkcyję można robić wobec jaja całego, gdy jednak wystąpi pęknięcie, pozostaje w odwodzie tylko laparotomija. — Kol. A. Gluziński pyta, czy niedokrewność była wybitną, tak wielką, iż można było przypuścić krwotok wewnętrzny, czy bóle były częste i wymioty? Wiadomêm jest bowiem, że w niedokrewności ruchy robaczkowe jelit są upośledzone, a wymioty powstają najczęściéj przy ruchach, gdy zwłaszcza tacy chorzy siadają. Ból zaś można sobie tłumaczyć stanem, jaki był, a niekoniecznie ugniotem jelit. Kol. prof. Obaliński zaznacza, że operowana była zupełnie przytomną, niedokrewność zaś trudno było oznaczyć z wejrzenia samego. Bóle od czasu do czasu pojawiały się, tak, jak to zwykle bywa w niedrożności, a wymioty również. Przyznaje, że część przypadów pochodziła od niedokrewności, lecz nie wszystkie. Nie potrzeba zupełnéj niedrożności, wystarczy ugniecenie miernego nawet stopnia, aby wywołać objawy niedrożności, które łącząc się z objawami niedokrewności têm jaskrawiéj jeszcze występowały.

2) Kol. Wiczkowski mówił o działaniu antipyryny w chorobach gorączkowych, na podstawie własnych doświadczeń. (Rzecz ta będzie ogłoszona w Przeglądzie Lek.). Dyskusyję w tym przedmiocie odłożono do następnego posiedzenia.

Dr. Dobruchowski, sekretarz.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 14—20 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 36,6. Z odry umarło 3 (0 z. t.); z płonicy 3 (2 z. t.); z błonicy 1 (3 z. t.); z duru brzusznego 0 (2 z. t.): z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 14 przypadkach odry, 4 płonicy, 2 krztuśca, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 7—13 czerwca umarło z ospy w Londynie 23, leczyło się w szpitalach 1288, świeżo zapadło 218. W Wiedniu zapadło na ospę 107, umarło 24. Z ospy umarło w Pradze, Tryjeście, Manszestrze po 1; w Paryżu, Odesie i Madrasie po 2; w Petersburgu 3; w Wenecyi 4; w Bazylei 5; w Kalkucie 10. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Petersburgu po 1. W Kalkucie umarło z cholery od 26 kwietnia do 2 maja osób 65.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 7—13 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 35,1; Poznaniu 28,2; w Wiedniu 30,3; w Pradze 44,8; w Tryjeście 30,5; w Berlinie 24,4; we Wrocławiu 38,8; w Hamburgu 25,1; w Gdańsku 29,2; w Mnichowie 30,0; w Dreźnie 25,4; w Lipsku 21,8; w Bazylei 24,9; w Brukseli 23,1; w Amsterdamie 19,9; w Hadze 22,4; w Paryżu 23,1; w Londynie 16,8; w Kopenhadze 22,5; w Stokholmie 30,1; w Chrystyjanii 24,8; w Petersburgu 29,1; w Odesie 32,4; w Wenecyi 30,0; w Bukareszcie 29,1; w Nowym Yorku 25,3; w Filadelfii 21,9; w Bombayu 25,6; w Madrasie 30,7. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9 lipca. Na ostatniém posiedzeniu Wydziału lekarskiego odbyli prawem przepisane *colloquia* asystenci Drowie Gluziński i Schramm, habilitujący się pierwszy jako docent chorób wewnętrznych, ostatni jako docent chirurgii. Na têmże posiedzeniu Wydział odniósł się do Ministerstwa o upoważnienie do mianowania Dra Surzyckiego bezpłatnym elewem kliniki chorób wewnętrznych na 2 lata.

Dziś odbył się wykład habilitacyjny Dra Schramma w obecności grona profesorów Wydziału lek. i uczniów. Dr. S. mówił o chirurgiczném leczeniu wola, a Wydział po krótkiéj naradzie uznawszy, że kandydat uczynił zadosyć wszystkim wymogom prawnym, uchwalił przesłać akt habilitacyjny Ministerstwu Oświecenia celem zatwierdzenia go.

Wykład habilitacyjny Dra Gluzińskiego odbędzie się w sobotę d. 11 bm. Kandydat mówić będzie o rozpoznawaniu jam w płucach.

* Otrzymaliśmy od jednego z szan. kolegów kijowskich nekrolog śp. prof. Góreckiego; żałujemy, że z niego korzystać nie możemy, ponieważ o śmierci śp. Góreckiego była już obszerna wzmianka w Nr. 21 pisma naszego.

* W Szczawnicy było dotąd gości 1.052, w Gleichenbergu 2.083, w Cieplicach czeskich 3.762, w Giesshüblu 174, w Gainfarn 599, w Iwoniczu 712,

Praga czeska. Na dzisiejszém posiedzeniu Spolku lékařův českých odbytém w klinice otyjatrycznéj docenta Dra Czardy uchwalono odstąpić od zamiaru odbycia wakacyjnego posiedzenia w Pilznie a odbyć takowe w Klatowie. Towarzystwo zatém nie weźmie udziału w uroczystości Škody w Pilznie. Dalsza część posiedzenia poświęconą była oglądaniu kliniki otyjatrycznéj doc. Czardy. Urządzenia wewnętrzne tak pod względem wygody dla chorych, jakotéż naukowym są wzorowe i wyrównywają zagranicznym zakładom tego rodzaju. To téż materyjał jak na pierwszy rok istnienia był znaczny, przeszło 1000 chorych ambulatoryjnie, oprócz stałych chorych w klinice leczonych. Dr. Czarda omówił kilka ważniejszych przypadków z zakresu chorób nosowych i usznych i demonstrował przyrządy w otyjatryi obecnie używane. *Dr. Obrzut.*

* **Berlin.** D. 2 b. m. otwarty został zakład higijeniczny prof. Kocha. Zakład ten składa się z 2 oddziałów: bakteryjologicznego pod kierunkiem samego Kocha, któremu asystują Drowie Plagge, Weiser i Frank i z chemicznego pod kierunkiem Dra Proskauera. Nadto w zakładzie wykładać będą poszczególne działy higijeny prof. Sell i radzca rządowy Dr. Wolffhügel, uczeń Pettenkofera.

(W.) **Rosyja.** Dr. J. Stolnikow mianowany został docentem prywatnym chorób wewnętrznych w Petersburgu. — W Pskowskim powiecie panuje epidemicznie dur plamisty,

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Rektorem uniw. na rok przyszły wybrany radca dworu prof. Bamberger. — **Getynga.** Następcą Henlego ma zostać zięć jego prof. Merkel w Królewcu.

* **Wiadomości osobowe,** Stopień doktora w. n. lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Michał Kowalski rodem ze Lwowa.

* **Nekrologjia.** W Bilinie w Czechach umarł z suchót płucnych prof. anatomii opisowéj Aeby, w roku przeszłym dopiero powołany na katedrę w Wydziale lek. niemieckim w Pradze.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 27: Lutostańskiego: Cholera w Indyjach; Smoleńskiego: O naukowych podstawach hydroterapii (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 27: Obalińskiego: Druga seryja laparotomij, wykonanych z powodu niedrożności jelit; Wolberga: Trzy przypadki różyczki poprzedzające odrę; Kijewskiego: Sprawozdanie z sekcyj wykonanych w pracowni prof. Brodowskiego,

Redakcyja otrzymała:

J. PESZKE: Jak po polsku Syphilis mianować należy? in 8vo str. 46.

Wjestnik kliniczeskoi i sudebnoi psichiatrii i newropatologii. Powremenove izdanie pod redakciei prof. Mierzejewskiego. God tretii, wypusk I z odnoi litograf. tablicei. Petersburg 1885.

Prof. COHN: Uiber Pemphigus der Augen. (Odbicie z „Bresl. ärztl. Zeitschr.") in 8vo str. 24.

Dr. ZIT: O měreni teploty u dĕti a praktickém jeho významu. V Praze 1885, in 8vo str. 164 z tabl.

Tenże: Čtvrtý Sjezd polských lékařuv a přirodozpytcuv v Poznani 1884. (Odbitka z „Časop. lek. česk.") in 8vo m. str. 28.

KAROL K. MILL: Wykłady popularne zasad fizyjologii i higijeny. Warszawa 1885, in 8vo str. 287 z 41 drzeworytami.

J. SZWAJCER: Ślepota i ślepota połowiczna w przebiegu tyfusu brzusznego. (Odbitka z „Gazety Lek." in 8vo str. 23.

S. DANIŁŁO: Tabeticzeskoe porażenie spinnago mozga s stradaniem kostei prawago kistewago sustawa. (Z kliniki prof. Mierzejewskiego). (Osobne odbicie z „Wiestnika psych. i newropat. in 8vo str. 17.

* **Sprostowanie**. Przez omyłkę podano w Nrze 27 na str. 372 na końcu szpalty 2éj „Dok. nast.“. podczas gdy powinno było być: „c. d. n.“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 18 lipca 1885. № 29. Rok XXIV.

I. O chirurgiczném leczeniu wola.

Wykład habilitacyjny **Dra H. Schramma**
asystenta kliniki chirurgicznéj.

Chciałbym pomówić o leczeniu choroby, która tak z powodu ważnych zboczeń, jakie za sobą może pociągnąć, jak niemniéj z powodu zdradliwego nieraz przebiegu zasługuje na uwagę, a z którą spotkacie się Panowie nieraz w swéj praktyce lekarskiéj, gdyż choroba ta nie należy wcale do rzadkich w naszym kraju. Mam tu na myśli wól, chorobę, którą każden prawie z Panów zna, bądź to z kliniki, bądź z widzenia, zwłaszcza, jeżeli przebywał choćby dni kilka w okolicach podgórskich, gdzie prawie na każdym kroku spotkać można ludzi, dotkniętych têm cierpieniem. Nie mogę dzisiaj wdawać się w bliższe określenie téj choroby, ani podawać jéj cech rozpoznawczych od innych podobnych zboczeń, pomijam téż opis poszczególnych odmian wola a przechodzę do leczenia téj choroby i to do leczenia tylko chirurgicznego.

Przedewszystkiem kładę nacisk na to, że do leczenia tego wolno nam uciec się dopiero wtedy, jeżeli środki wewnętrzne, a więc jod podany czyto jako jodek potasu, jako wody jodowe lub jako polecany w najnowszych czasach jodoform, lub w postaci maści jodowych stosowanych na szyję, nie odniosą skutku lub gdy chory zglasza się w takim stanie i z takim rodzajem wola, iż według uzyskanego doświadczenia możemy z góry powiedzieć, że wymienione środki pozostaną z pewnością bez skutku. W takich więc razach wolno nam w celu wyleczenia chorego użyć stosownie do wskazania jednego ze środków chirurgicznych. A środków tych mamy obecnie nie wiele, gdyż znaczną część dawniéj używanych sposobów bądźto jako nieodpowiednie porzucono lub też zastąpiono innemi pewniejszemi i bezpieczniejszemi środkami. Tak się stało z używaném dawniéj zakładaniem zawłoki do wola, ten los spotkał przypalanie wola za pomocą strzałek zrobionych z istot żrących i wprowadzanych w miąższ gruczołu, sposób polecany przez Chassaignaca, Mackenziego i Demmego, tak samo porzucono podskórne rozrywanie wola za pomocą wbitego weń trójgrańca, jak to w swoim czasie polecał B i l l r o t h; również oddalenie wola przez podwiązanie go bądź wraz ze skórą lub podskórnie, jak to zalecali H e i s l e r, R i c h t e r, M a j e r, B e l l a r d i inni; odgniatanie go za pomocą ekrasera lub oddzielanie pętlą galwanokaustyczną M i d d e l d o r p f a ustąpiły przed innemi pewniejszemi środkami chirurgicznemi, tak że dzisiaj posiadamy właściwie tylko trzy rodzaje chirurgicznego leczenia wola; sąto wstrzykiwania cieczy drażniących, nacięcia i wyłuszczenia zwyrodniałego gruczołu. O tych trzech więc zabiegach chcę z Panami pomówić, podam wskazania i przeciwwskazania do ich wykonania, zwrócę uwagę na niebezpieczeństwo, jakie za sobą mogą pociągnąć, przedstawię wyniki, jakich po każdym z nich możemy się spodziewać, a wreszcie opiszę pokrótce sposób wykonania. Zacznijmy od zabiegu względnie najłagodniejszego, t. j. od wstrzykiwań miąższowych. Zabieg ten polega na têm, że za pomocą znanéj wszystkim Panom strzykawki Pravaza wprowadza się w sam miąższ gruczołu małą ilość leku, który ma sprowadzić zanik powiększonego gruczołu. Sposób ten podał pierwszy L ü c k e około roku 1868 a prawie równocześnie z nim ogłosił swe doświadczenia L u t t o n w R h e i m s. Obaj ci badacze używali do wstrzykiwań nastoju jodowego, nieco późniéj polecił S c h w a l b e wstrzykiwania czystego wyskoku, P a r a n a wstrzykiwał wody mineralne, P e p p e r zaleca wstrzykiwania ergotynu, W o a k e s próbował w tym celu kwasu fluorowego i miał nim osiągnąć dobre wyniki, G r ü n m a c h chwali bardzo wstrzykiwania roczczynu Fowlera, a w najnowszych czasach polecił S z u m a n n wstrzykiwania kwasu nadosmowego.

Z pomiędzy tych wszystkich środków największém, przynajmniéj jak dotąd, powodzeniem cieszy się nastój jodowy, radzilbym więc Panom trzymać się w swéj praktyce tego sposobu, jako najwięcéj wypróbowanego, a dopiero

19

w razie, gdyby on pozostał bez skutku i gdyby w ogóle przypadek nadawał się do dalszych prób z wstrzykiwaniem miąższowém, wstrzykiwać rozczyn Fowlera lub kwas nadosmowy, któreto środki w innych analogicznych cierpieniach odnoszą dobry skutek.

Przypadki nadające się do leczenia za pomocą wstrzykiwań miąższowych sąto wola małe, krótkotrwające, wywołane przez przerost tkanki gruczołowéj czyli tak zwana *struma parenchymatosa*. W przypadkach takich można przez wstrzykiwanie osiągnąć bardzo dobre wyniki, mimo że jod podawany wewnętrznie lub stosowany w maści pozostał bez skutku. Daleko mniéj nadziei możemy robić choremu wyleczenia go tym względnie łagodnym środkiem, jeżeli mamy do czynienia z wolem włóknistym lub polegającym na klejowatém zwyrodnieniu gruczołu. Zupełnie bez skutku są oczywiście wstrzykiwania miąższowe wobec wola torbielowego a przeciwwskazane tam, gdzie powiększenie gruczołu tarczykowego wywołane jest przez rozwój w nim nowotworu złośliwego.

Co do pytania, w jaki sposób działają wstrzykiwania miąższowe, to jedni autorowie, np. L ü c k e, sądzą, że jod i tutaj rozwija swoiste działanie na gruczoł tarczykowy, inni są zdania, że całe działanie polega na wznieceniu w miejscu wstrzyknięcia ograniczonego zapalenia, które prowadzi do zbliznowacenia i zaniku tkaniny gruczołowéj. Ale i w takim razie nastój jodowy zasługuje na pierwszeństwo przed innemi lekami, a to z powodu, iż wzniecając ognisko zapalne wprowadzamy zarazem pewną ilość tak dzielnego środka przeciwgnilnego, jakim jest jod, który ulega wessaniu powoli, zostaje więc na miejscu przynajmniéj tak długo, jak trwa stan zadraźnienia. Obawa więc, aby w miejscu wstrzyknięcia nie przyszło do ropienia, jest znacznie mniejszą niż po wstrzykiwaniu innych cieczy, bądźto łatwo ulegających wessaniu, bądźteż nieposiadających własności przeciwgnilnych.

Co do sposobu wstrzykiwań miąższowych, to jest on bardzo prosty. Zwracam tylko uwagę Panów, abyście ten na pozór drobny zabieg chirurgiczny wykonywali zawsze ściśle przeciwgnilnie. A więc własne ręce, szyję chorego i strzykawkę należy dokładnie oczyścić kwasem karbolowym a igiełkę jeszcze bezpośrednio przed wkłuciem umoczyć w kwasie karbolowym. Tym bowiem sposobem uniknąć można, przynajmniéj z wielkiém prawdopodobieństwem, wprowadzenia istot zakaźnych do gruczołu i uchronić się od niebezpiecznego ropienia gruczołu, a w razie gdyby się to nieszczęście zdarzyło, można sobie przynajmniéj powiedzieć, że się zrobiło wszystko, co tylko jest w naszéj mocy, aby temu zapobiedz.

Po tych przygotowaniach oznacza się miejsce, w które mamy zrobić wstrzyknięcie, przyczém oczywiście wybieramy guz największy. Należy tylko uważać, aby nie skaleczyć igłą powierzchownych naczyń i dla tego uciskamy ręką u spodu szyi, przez co żyły napełniają się i stają się widocznemi. Następnie ustala się guz między palcami i wbijamy igiełkę w kierunku prostopadłym na $1\frac{1}{2}$—2 ctm. w głąb. Unikać należy zbyt powierzchownego wkłucia, gdyż w takim razie lek mógłby się dostać w luźną tkankę łączną podskórną i wywołać tam silne zapalenie, nie wolno też wbijać igły zbyt głęboko, aby płyn nie dostał się za blisko tchawicy, wielkich naczyń i nerwów. Po wbiciu igiełki naciska się na tłoczek i wstrzykuje powoli żądaną ilość leku do gruczołu. Szczególnie przy pierwszém wstrzykiwaniu ilość leku wprowadzonego do gruczołu powinna być mała, 2—3 przedziałek zwykłéj strzykawki Pravaza. Jeżeli się przekonamy, że oddziaływanie po tym zabiegu jest nieznaczne, wolno podnieść dawkę do 5 lub 6 przedziałek, wstrzykiwanie większych ilości jest niepotrzebne. Po wstrzyknieniu wyciąga się szybko igiełkę, miejsce wkłucia pokrywamy kawałkiem gazy jodoformowéj, którą przytrzymuje pasek przylepca. Następne wstrzyknięcie należy robić wtedy, gdy odczyn wywołany przez poprzednie przeminie zupełnie. Może to mieć miejsce już po 24 godzinach, czasem po dwóch dniach lub późniéj. Odczyn ten bywa zazwyczaj bardzo mały, ogranicza się do chwilowego bólu, który rozszerza się czasem ku karkowi lub szczęce dolnéj. Czasem jednak występuje dość silne obrzmienie gruczołu, z tego więc powodu we wolach podmostkowych i w przypadkach, w których istnieje już, choćby niewielka, duszność, należy robić wstrzykiwania bardzo ostrożnie i należy mieć chorego przynajmniéj przez kilka godzin w ciągłéj obserwacyi, gdyż obrzmienie to mogłoby, mimo wskazanych w takim razie okładów lodowych, wywołać bardzo znaczną duszność, wymagającą natychmiastowego otwarcia tchawicy. Sąto przypadki wprawdzie bardzo rzadkie, trzeba jednak o nich wiedzieć, aby niebezpieczeństwo nie zaskoczyło lekarza nieprzygotowanego.

Odczyn zapalny wywołany przez wstrzyknięcie leku do gruczołu może się spotęgować aż do nacieku ropnego. Niebezpiecznego tego powikłania można wprawdzie uniknąć prawie zawsze przez zachowanie przy operacyi wspomnianych ostrożności przeciwgnilnych. Że jednak zdarza się ono jeszcze dosyć często, dowodzi tego zestawienie K o c h e r a, który na 24 przypadków zapalenia wola *(strumitis)* wykazał jako przyczynę 6 razy wstrzykiwania miąższowe.

Zabieg ten może téż pociągnąć za sobą inne jeszcze przykrzejsze następstwa, są bowiem znane przypadki, w których po wstrzyknieniu jodu do gruczołu nastąpiło porażenie więzadła głosowego i znane są przypadki nagłéj śmierci, np. opisane przez L ü c k e g o i S c h m i d t a, sprowadzonéj bądź to przez nagłe porażenie obu nerwów krtaniowych i nagłe zaduszenie, bądź z powodu dostania się jodu do większych żył i rozległą zakrzepicę. Z tego więc widzicie Panowie, że wstrzykiwanie miąższowe nie jest zabiegiem tak niewinnym, jakby się to może zdawało, że więc przystępować należy do niego tylko przy odpowiednich wskazaniach i z wszelką należną ostrożnością.

Wól torbielowy zajmuje cokolwiek odrębne stanowisko, uważam téż za stosowne pomówić z Panami osobno o jego leczeniu. Zazwyczaj nietrudno ostatecznie zawsze rozpoznać wol torbielowy za pomocą punkcyi próbnéj, którą należy zawsze wykonywać ściśle przeciwgnilnie, a do któréj zazwyczaj wystarcza strzykawka Pravaza. Czasem jednak płyn zawarty w torbielu jest tak gęsty lub pomięszany z strzępami włóknika, że przez cienką igiełkę nie można nic wydobyć, w takich razach, jeżeli inne objawy, jak okrągła postać, gładka powierzchnia i swobodne poruszanie się wbitéj igiełki strzykawki Pravaza przemawiają za istnieniem torbiela, wolno w celu pewnego rozpoznania użyć grubszego trójgrańca od strzykawki Dieulafoy lub Potaina. Jeżeli punkcyję wykonywamy jedynie w celu rozpoznawczym, natenczas należy ograniczyć się do wyciągnięcia tylko kilku kropli cieczy, a to tém bardziéj że samo, choćby całkowite, opróżnienie torbiela do wyleczenia nie wystarczy, a powstać może ze ścian torbiela znaczny krwotok i sprowadzić nagły ucisk na tchawicę. Jako środki lecznicze we wolu torbielowym posiadamy wypuszczenie cieczy w nim

zawartéj z następowém wstrzyknięciem cieczy drażniących, nacięcie torbiela lub jego wyłuszczenie.

Wykonanie pierwszego z tych zabiegow jest bardzo proste i łatwe. Przygotowawszy tak pole operacyjne jak i narzędzia w ten sam sposób, jak to Panom opisałem mówiąc o wstrzykiwaniach miąższowych, wbija się trójgraniec grubości mniéj więcéj pióra kruczego do torbiela i wypuszcza zawartą w nim treść. Następnie wstrzykuje się do torbiela przez rurkę trójgrańca 20—30 gramów czystego nastoju jodowego, (wstrzykiwanie innych cieczy zostało prawie porzucone), który pozostawia się przez 5—10 minut, ugniatając tymczasem delikatnie na torbiel, aby wszystkie jego ściany zetknęły się z wstrzykniętym płynem; następnie wypuszcza się resztę nastoju jodowego, wyciąga trójgraniec a otwór wkłucia pokrywa kawałkiem gazy jodoformowéj i zalepia plastrem lepkim. Po tym zabiegu chory doznaje zwyczajnie silnego bólu, a miejscowo występuje odczyn zapalny czasem dość silny, połączony z gorączką dochodzącą do 39°C. i trwającą 2—3 dni. W celu zapobieżenia zbytniemu obrzmieniu szyi należy zaraz po dokończeniu operacyi nałożyć opatrunek lekko uciskający, najlepiéj z pasków gazy lub cienkiego płótna namoczonego w kolodium, a obejmujący $^2/_3$ obwodu szyi. Z powodu tego nagłego obrzmienia wystąpić może zwłaszcza w torbielach sięgających częściowo pod mostek nagła duszność tak wysokiego stopnia, że koniecznėm jest natychmiast torbiel otworzyć lub go wyłuszczyć. Z tego więc powodu należy zawsze chorego, u którego wykonaliśmy ten zabieg, pozostawić przynajmniéj przez pierwsze godziny pod ciągłą obserwacyją, aby przypadkiem pomoc nasza nie przyszła za późno.

Niezapominajcie téż Panowie uprzedzić chorego, że na razie nie będzie skutku operacyi, że szyja może być nawet grubsza, niż była przed operacyją, dopiero w następnych tygodniach wysięk zapalny sprowadzony zadrażnieniem ścian torbiela ulega wessaniu, ściany torbiela zrastają się i następuje wyleczenie. Nie zawsze jednak osiągamy ten pomyślny skutek. Dość często torbiel nie zrasta się, owszem napełnia się cieczą na nowo i pozostaje stan taki, jaki był przed operacyją. Pomyślnego wyniku możemy się spodziewać, gdy torbiel leży powierzchownie, gdy ściany jego są cienkie a treść rzadka, zupełnie jasna lub barwy jasno brunatnéj. W przeciwnym razie, zwłaszcza gdy ściany są grube, może nawet częściowo zwapniałe, a treść gęsta zawiera strzępy włókniste, nadzieja wyleczenia przez opisane wstrzykiwanie jodu jest bardzo mała, i lepiéj jest nawet środka tego nie próbować i od razu przystąpić do innych pewniejszych sposobów. (Dok. n.)

II. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Kazuistyka sądowo- i policyjnolekarska.

X.

Uwagi nad otruciem kwasem pruskim i jego połączeniami.

Podał Walery Momidłowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 28).

Jako charakterystyczną i na połączenia sinowodowe bardzo czułą podaje Schönbein następującą próbę: Jeżeli do krwi z kwasem pruskim dodamy nadniedokwasu wodu (H_2O_2), wtedy smugi pochłonne hemoglobiny tlennéj znikają, poczém żadne inne nie występują. Twierdzi on, że próbą tą wykryć można $^1/_{800.000}$ część kwasu pruskiego we krwi i tłumaczy zjawisko to w ten sposób, że krew z kwasem pruskim nie posiada własności rozkładania nadniedokwasu wodu na tlen i wodę, jak to krew prawidłowa czyni. Jüdell (*Die Vergiftung mit Blausäure und Nitrobenzol*, 1876) potwierdza dokładność i pewność téj próby, utrzymując, że za pomocą niéj z nadzwyczajną ścisłością kw. pruski we krwi wykryć jesteśmy w stanie. Hermann w swéj Toksykologii doświadczalnéj oświadcza się również za próbą Schönbeina, czyni atoli zarazem tę uwagę, że gdy do krwi dodamy najpierw H_2O_2 a następnie kwasu sinowodowego, to katalyza H_2O_2 nie zostaje powstrzymaną. Liman w dziele Caspra był pierwszym, który nie uważa téj próby za pewną twierdząc, że we krwi prawidłowéj za dodaniem H_2O_2 smugi hemoglobiny tlennéj znikają tak samo, jak we krwi z kwasem pruskim. Jedyną różnicę między krwią prawidłową a krwią z kw. pruskim upatruje w tém, że ostatnia po dodaniu H_2O_2 więcéj brunatnieje aniżeli pierwsza, która znowu więcéj się pieni, aniżeli krew z kwasem pruskim. Mimo to późniéj już Falck w Toksykologii swéj oświadcza się za próbą Schönbeina a Seidel w dziele Maschki przyjmuje ją za dobrą dodając ze swéj strony przypuszczenie, że ciałka czerwone krwi wobec śladów kw. pruskiego tracą własność przyjmowania tlenu i oddawania tegoż ciałom łatwo się utleniającym. Wreszcie E. Hofmann w swéj Medycynie sądowéj nawet jeszcze w ostatniém wydaniu z 1884 r. (str. 675) wspomina o niéj bez wszelkich ze swéj strony uwag.

Według doświadczeń, pod kierunkiem prof. Dra Blumenstoka w zakładzie poczynionych, kwestyja ta przedstawia się jak następuje: Jeżeli do krwi z sinkiem potasu dodajemy H_2O_2, smugi pochłonne hemoglobiny tlennéj w przeciągu 30 sekund znikają zupełnie, przyczém krew przybiera barwę brunatnawą i bardzo nieznacznie się pieni. Jeżeli atoli do krwi czystéj dodamy H_2O_2, to smugi hemoglobiny również znikają i to w przeciągu $1\,^1/_2$—3, minut, przyczém krew przybiera barwę brunatną i najczęściéj brunatniejszą niż krew z kw. pruskim, pieniąc się przytém o wiele więcéj. Wynik ten zgodnym jest z zapatrywaniami Caspra-Limana z tą różnicą, że gdy w naszych próbach krew czysta z H_2O_2 zmięszana przybierała ciemniéj brunatną barwę, u pomienionych autorów rzecz miała się mieć odwrotnie. Jeżeli do krwi dodamy najpierw H_2O_2 a następnie rozczynu sinku potasu przez kwas solny zobojętnionego, smugi pochłonne również znikają, pozostawiając zupełnie wolne widmo spektralne, co zgadza się zupełnie z tém, co Hermann podaje [1]). Z tych więc prób wynikałoby, że tak krew czysta jak i z kwasem pruskim, a względnie zobojętnionym sinkiem potasu, względem H_2O_2 jednakowo się zachowuje, że więc próba Schönbeina żadnéj nie ma wartości rozpoznawczéj. Sam fakt zniszczenia smug hemoglobinowych przez H_2O_2 tłumaczą pospolicie w ten sposób, że krew posiada własność rozkładania H_2O_2 na tlen i wodę, którąto własność za dodaniem kwasu pruskiego ma utracać. Tłumaczenie samo przez się bardzo niejasne, gdyż uwolniony tlen musiałby przyczynić się do

---

[1]) Krew z gazem świetlnym wobec H_2O_2 podobnie się zachowuje jak z sinkiem potasu lub kw. pruskim.

utworzenia hemoglobiny tlennéj i do tém wyraźniejszego wystąpienia dwóch smug, temu połączeniu właściwych. Że atoli jakieś ciało gazowe we krwi z H_2O_2 uwalnia się, o tém świadczy pienienie się się krwi, zwłaszcza czystéj, mniejsze zaś z sinkiem potasu. Przypuściwszy atoli to, co podaje Hermann i inni, że katalyza H_2O_2 wobec kwasu pruskiego jest powstrzymaną, przypuścićby także należało, że to powstrzymanie nie ma żadnego wpływu na zniknięcie smug pochłonnych, skoro smugi te przy niepowstrzymanéj katalyzie we krwi czystéj również znikają. Seidel w dziele Maschki a za nim Falk za Gähtgensem powtarzając sądzą, że zdolność ciałek czerwonych krwi przyjmowania i oddawania tlenu już wobec minimalnych ilości kwasu pruskiego jest zniesioną. Że problematyczne, a przez wielu autorów powtarzane, powstrzymanie rozkładu H_2O_2 nie dowodzi niezdolności przyjmowania tlenu przez ciałka czerwone, wynika z tego, co powyżéj powiedzieliśmy, przeciw zaś zdolności przenoszenia i oddawania tlenu przemawia próba ozonowa (w któréj, nawiasem mówiąc, użyliśmy zamiast terpentyny z bardzo dobrym skutkiem *Ol.eucalypti globuli*) we krwi z sinkiem potasu. Wielokrotnie powtarzane próby dały zawsze wynik dodatni wbrew temu, co Hermann podaje, że krew z sinkiem potasu lub kw. pruskim na próbę ozonową nie oddziaływa. Daléj przeciw przypuszczeniu Seidla przemawia także zdolność odtleniania się hemoglobiny tlennéj wobec sinku potasu. Za dodaniem do krwi z sinkiem potasu, która dwie smugi hemoglobiny tlennéj wyraźnie okazuje, winianu żelazowo-amonowego, świeżo sporządzonego, smugi w kilkanaście sekund znikają a na ich miejsce występuje smuga hemoglobiny odtlenionéj.

Przypadek III. Mężczyzna, lat około 45 liczyć mogący, znaleziony został nieżywy pod drzewem z powrozem na szyi. Sekcyja zwłok wykazała następujące zmiany: Na szyi znajduje się postronek obecnie niezwiązany, którego dwa końce wolne zwrócone ku przodowi są znacznie cieńsze. Postronek ten nie przylega bezpośrednio do szyi, albowiem na niéj znajduje się chustka z przodu związana, kilka razy około niéj owinięta. Po zdjęciu téj chustki nie widać na szyi żadnego śladu bruzdy. Plamy pośmiertne barwy fijoletowéj. Po otwarciu klatki piersiowéj czuć dosyć wyraźną woń migdałów gorzkich. Płuca na przekroju okazują się przepełnione krwią prawie czarną, tylko w cienkich warstwach wiśniową, wydającą wyraźną woń migdałów gorzkich. Na rozkroju płuca zalewają się płynem pienistym czerwonym. Żołądek zawiera resztki pokarmów niestrawionych, na rozkroju wydaje zapach wyraźny migdałowy, rozchodzący się po całéj sali. Błona śluzowa przedstawia w niektórych miejscach zwłaszcza na wysokości fałdów drobne wybroczyny. W treści płynnéj miazgi żołądkowéj widać wyraźne i liczne oczka tłuszczowe. Dwunastnica okazuje błonę śluzową mocno rozpulchnioną a na niéj widać jużto smugi drobnych wybroczyn, jużtéż smugi pochodzące widocznie z nasiąknięcia krwią. Śmierć nastąpiła prawdopodobnie z otrucia połączeniem kwasu sinowodowego i to prawdopodobnie olejkiem migdałów gorzkich.

Przypadek ten należy do ciekawszych z powodu, że na szyi denata znaleziono postronek, który zwracał przedewszystkiém uwagę na śmierć z uduszenia a w szczególności z powieszenia. Że bruzdy na szyi nie znaleziono, nie dowodzi niczego, bo zważyć należy, że zmarły pod sznurem miał na szyi chustkę kilka razy około niéj owiniętą, która wytworzeniu bruzdy łatwo przeszkodzić mogła. Zmiany anatomiczne w płucach, w żołądku i dwunastnicy mogłyby przemawiać nawet za śmiercią z uduszenia, a jedynie silnemu wystąpieniu charakterystycznéj woni zawdzięczyć należy, że uwaga obecnych zwróconą została na możliwość otrucia połączeniem kw. sinowodowego, za którém zmiany anatomiczne tak samo jak za uduszeniem przemawiały. Skłonniejsi atoli jesteśmy do przypuszczenia otrucia a to dla tego, iż o tém, że denat użył jakiegoś preparatu sinowodowego z pewnością wiemy, bo badanie chemiczne treści żołądkowéj tego dowiodło, czy zaś uduszenie miało miejsce nie wiemy. Możliwém jest, że zmarły użył np. olejku migdałów gorzkich, który działa powoli, że zawlókł się pod drzewo a nie widząc natychmiastowego skutku lub téż czując jakieś bóle w żołądku chciał sobie rychléj śmierć zadać i zamierzył użyć do tego znalezionego na szyi powrozu. Czy atoli duszenie miało miejsce, czy téż preparat sinowodowy wcześniéj swój skutek wywarł, osądzić nie można.

Jak dalece atoli trudném może być odróżnienie śmierci z uduszenia od otrucia preparatem sinowodowym, dowodzi przypadek głośny Baloghówny w Wiedniu, którą znaleziono w pokoju nieżywą ze śladami dławienia na szyi. Ponieważ żadnych innych wskazówek nie było, oświadczono się za śmiercią z uduszenia przez osobę drugą. Dopiero po dłuższym czasie zjawia się młody człowiek, który podaje się jako morderca Baloghówny opisując sam akt morderstwa w ten sposób, że do kawy, którą Baloghówna pić miała, domieszał kwasu pruskiego i gdy po wypiciu przez nią téj kawy po pewnym dopiero czasie skutek zaczynał się pojawiać, on już pod sam koniec jéj życia przez silne ugniecenie gardła śmierć jéj ostatecznie wywołał. Czy rzecz istotnie tak się miała, nie podobna sprawdzić, możliwości atoli wykluczyć nie można. W naszym przypadku, gdzie o współdziałaniu osoby drugiéj mowy nie było, konkurencyję taką przyczyn śmierci trudniéj przypuścić, ale wykluczyć jéj absolutnie także nie można.

Co do formy, w jakiéj kwas sinowodowy użytym został, istnieje pewien szczegół przemawiający za olejkiem migdałów gorzkich. W żołądku mianowicie znaleziono kuleczki tłuszczowe w treści żołądkowéj pływające, które pochodzićby mogły albo od nitrobenzolu, albo od olejku migdałów gorzkich, albo wreszcie od tłuszczu nie dawno przed śmiercią z pokarmami spożytego. Że od nitrobenzolu one nie pochodzą, o tém świadczy brak zmian anatomicznych otrucie to cechujących i badanie chemiczne, czy zaś pochodzą od olejku migdałów gorzkich, czy ze spożytych a niestrawionych jeszcze pokarmów, rozstrzygnąć się nie da. Za olejkiem przemawia wspomniana już okoliczność powolnego działania, chociaż znane są także przypadki otrucia sinkiem potasu i kwasem pruskim, w których działanie bardzo powoli wystąpiło.

Przypadek ten należy właśnie do tego rodzaju przypadków, gdzie lekarz z wszelką możliwą ostrożnością i przezornością orzekać winien. Stanowi on labirynt domysłów i domniemywań, w którym zgubić się bardzo łatwo, jeżeli się nie ma ciągle na względzie prawidła, aby nie orzekać za wiele.

III. Olej terpentynowy przeciw liszkom muchy w uchu.

Podał Dr. Koehler w Poznaniu.

Zbliża się czas, w którym napotykają się liczne przypadki gąsienic muchy w uchu, to téż chciałbym dziś zwrócić

uwagę na środek je zabijający, którego od przeszło 6ciu lat z dobrym używam skutkiem. Jak przeciw wszelkim ciałom obcym w kanale zewnętrznym ucha, tak i przeciw tym robakom zwykle wstrzykuje się letnią wodę do ucha, wiadomo jednak, że woda ich nie wypędza, że przeciwnie wiercąc się i kręcąc cofają się ku bębenkowi a drażniąc go wywołują dotkliwy bardzo ból, a nawet, co słusznie i Schwartze w swém najnowszém dziele (*Lehrbuch der chirurgischen Krankheiten des Ohres 1885*) wspomina, przyczepiają się mocno za pomocą swego aparatu haczykowatego do skóry przewodu. Zakraplanie wpierw olejem polecone przez Heinego również do celu nie doprowadza. Przez wdmuchiwanie dymu tytuniowego lub chloroformu nie tylko nie dają się wypędzić, ale pobudza się je do większego wiercenia się. Chloroform zmusza liszki do gwałtownych ruchów, przez co nader mocne powstają bóle. Moje badania w tym kierunku zgadzają się zupełnie z spostrzeżeniami Garuca (*Allg. Med. Centr. Ztg.* 1880, Nr. 9), który przez inhalacyje chloroformu u chorej dopiero przez kilka dni wszystkie gąsienice z nosa wśród bólu wypędzić zdołał. Troeltsch w dziele swém wspomina polecone przez Verduca przykładanie do ucha jabłka renety, jako przynętę, środek równie śmieszny, jak ze Szwajcaryi zachwalane przykładanie kawałka sera. Nie pozostawało więc nic, jak siedzenie na czatach i chwytanie pojedyńczych liszek szczypczykami, skoro która powietrza zaczerpnąć pragnąca główkę wysunęła. Niepokój dzieci, które głównego kontyngensu tych przypadków dostarczają, rzadko jednak zezwala na szczęśliwe schwycenie, a potrzeba czasem u grymaśnych zwłaszcza dzieci ze dwie godziny silić się, zanim się owe 8—12 liszek (liczba zwykła), wychwytać uda. Krzyk przeraźliwy dziecka, nużąca i wielkiéj cierpliwości wymagająca praca, zniewoliły mnie do szukania środka, któryby szybko i bez niebezpieczeństwa dla ucha działał. Środkiem tym jest olejek terpentynowy. Dziecko kładzie się i przytrzymuje na boczek zdrowy, w ucho zakrapla się pełno olejku terpentynowego, który 5 minut pozostaje. Spokój, który w téj chwili prawie się rozpoczyna, chętnie już dziecko samo do leżenia usposabia. Po 5ciu minutach płyn się wylewa i przestrzykuje ucho, przyczém martwe już liszki wypadają.

Mucha składa jaja zwykle w uchu takiém, w którém istnieje albo zapalenie ucha zewnętrznego lub ropne ucha średniego, słusznie więc nasuwa się pytanie, czy olejek terpentynowy w takich razach nie szkodzi. Moje spostrzeżenia przekonały mnie, że bez wszelkich uszkodzeń używać można środka tego, nigdy nie miałem jakichkolwiek, choćby najlżejszych, przypadów. Spokój zaś dziecka, które co dopiero przebyło wielkie bóle, najwymowniéj świadczy za tém, że ani szczypania, ani téż innego przykrego uczucia po tym środku nie ma.

Muchę, pchłę lub inne podobne żyjątko w przewodzie zewnętrznym ucha najlepiéj zabija się mocnym alkoholem.

IV. Oceny i sprawozdania.

Baumgarten: **Doświadczalne i patologiczno-anatomiczne badania nad gruźlicą.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 28).

Co do obwodowego ułożenia jąder w komórkach olbrzymich, to autor za nadto dał się unieść swéj teoryi proliferacyjnéj potępiając ją z tego tylko powodu, że ułożenie jąder przy ich powstawaniu z endotelijów naczyń musiałoby być rozlaném (zapomina o tém, że bywa) wśród pierwoszczy komórek, które z sobą się zlały. Właśnie to zachowanie się jąder dało początek przypuszczeniu, że komórki olbrzymie powstają z utworów rurkowatych wyścielonych przybłonkami lub endotelijami, a byłoby dopiero wtedy dziwném, gdyby jądra tych utworów, zwanych komórkami olbrzymiemi, pochodzące z utworów kolistych, wzgl. rurkowatych, nie zachowywały tak często tego szczególnego ułożenia. Dla wytłumaczenia tego zjawiska przypuszcza nasz autor pewien antagonizm (Koch, Marchand) między jądrami a ciałami obcemi w komórce olbrzymiéj. Za takie ciała uważa i laseczniki, które zmuszają jądra do ułożenia się w możebnie najdalszych punktach od laseczników. Długo szukałem tego antagonizmu mającego mieć swój wyraz w obwodowém ułożeniu jąder przy siedzibie laseczników w środku komórki a w biegunowém przy antipolarnéj siedzibie tych ostatnich, ale nie znalazłem nic podobnego. Jeżeli istnieje jakieś prawo rozłożenia laseczników w komórkach olbrzymich, to z pewnością nie prawo powyżéj wzmiankowane. Stosując metodę Ehrlicha widzimy wprawdzie czasem, że laseczniki są antipolarnie ułożone, na przeciwległym zaś biegunie (z jądrami) komórki olbrzymiéj takowych nie widzimy, ale dzieje się także i odwrotnie, tj. że laseczniki są także na stronie jąder, podczas gdy na drugim biegunie mamy tylko masy serowate (wzgl. drobnoziarnistą pierwoszczę) bez laseczników, lub co najwięcéj zbarwione resztki jąder. Często utrudniają nam jądra dosyć silnie kontrastującą barwą nasycone a gęsto obok siebie i na sobie poukładane wyśledzenie laseczników, gdy jednak nie użyjemy drugiéj barwy, a z pierwszéj (alkalicznéj) zachowamy przy odbarwieniu tylko tyle, ile niezbędnie potrzeba do oryjentowania się w strukturze, to i w tych preparatach, gdzie antipolarne ułożenia jąder i laseczników zdawało się widocznem, znajdziemy przecież i na biegunie jąder taką samą, mniejszą lub większą ilość laseczników. Tak więc i ta podstawa teoryi proliferacyjnéj Baumgartena upada. Teoryja proliferacyjna może być usprawiedliwioną co do innych komórek olbrzymich, np. w tkankach różnych nowotworów (*Sarcoma gigantocellulare*); co do komórek olbrzymich w gruźlicy to powstawanie tychże daleko jaśniéj tłumaczy nam teoryja konfluencyjna Arnolda w zestawieniu z dzisiejszą etyjologiją gruźlicy.

W dalszym ciągu swéj pracy opisuje autor gruźlicę gruczołów limfatycznych i płuc. I w tych organach pierwsze elementy gruzełka powstają z stałych komórek, mianowicie w gruczołach nie z wolnych ciałek limfatycznych lecz z komórek stałych siatkowatéj tkanki łącznéj, bo tylko w jądrach téj ostatniéj widział figury karyokinetyczne (przeciwnie jak Flemming). Komórki epitelioidowe, pierwsze elementy składowe gruzełka i tu są następstwem hyperplazyi stałych komórek, a mianowicie komórek siatkowatych i endotelijów naczyń włosowatych. Ciałka limfatyczne zachowują się biernie. W jednym przypadku miał autor widzieć w komórce epitelioidowéj cztery figury karyokinetyczne (formy kłębkowéj) i uważa to spostrzeżenie za bezpośredni dowód teoryi proliferacyjnéj. Nie wchodzę w bliższe ocenienie tego spostrzeżenia, które zresztą niekoniecznie musi mieć znaczenie przez autora mu nadane; widział on to zresztą tylko raz i jak sam przyznaje „*in allerdings nicht besonders schöner Ausprägung.*"

I w płucach *mutatis mutandis* taką samą jest geneza gruzełka: komórki epitelioidowe pochodzą z przybłonków pęcherzyków, oskrzeli, stałych ciałek tkanki łącznéj i endotelijów naczyń. Komórki limfoidalne przechodzą w gruzełek od jego obwodu i są tém liczniejsze, im więcéj jest gruzełków i im większe towarzyszące im na obwodzie przekrwie-

nie. Przy znacznéj ilości gruzełków (i laseczników poprzednio) objawy zapalenia reakcyjnego są tak znaczne, naciek drobnokomórkowy tak zakrywa pierwotny składnik gruzełka, tj. komórki epitelioidowe, że takowe już ani za pomocą przyrządu Abbégo ani immersyi nie dadzą się wyśledzić, jedném słowem powstaje obraz bronchopneumonii. Zapalenie płuc serowate Virchowa, deskwamacyjne Buhla, naciek Laënneca sprowadza autor do téj jednostki gruzełka z towarzyszącém mu zapaleniem. Nie ma nic nad jednolitość. Tutaj powinien był jednak autor zrobić pewne wyjątki, a przynajmniéj przyznać ich możliwość. Sam twierdzi w pierwszéj części swéj pracy, że swoistość lasecznika nie na tém polega, że on wywołuje nowotworzenie, tj. gruzełek, ale w tém, że pod jego wpływem gruzełek serowacieje. Nie istnieje już dzisiaj ani *pneumonia caseosa* ani *desquammativa* w znaczeniu Virchowa, względnie Buhla, ale zdarzają się z pewnością ogniska w płucach, natury od początku czysto zapalnéj, które dopiero następowo zakażone lasecznikami ulegają nekrozie koagulacyjnéj i rozpadowi. Tu należą np. ogniska zapalne naokoło jam bronchiektatycznych u podstawy płuc w gruźlicy szczytowéj. Tutaj śluz spływający z szczytu płuc gruźliczo się rozpadających zakaża ogniska zapalne już dawniéj istniejące i sprowadza ich zserowacenie. Autor opisywał przecież wyniki gruźlicy sztucznie wywołanéj, która drogą limfatyczną dostaje się do płuc, a ta przecież nie da się przenieść na owe formy gruźlicy inhalacyjnéj, które według doświadczeń Tappeinera i Veraguta są oczywistemi bronchopneumonijami.

Mimo słabo uzasadnionéj hipotezy o komórkach olbrzymich, mianowicie o ich pochodzeniu proliferacyjném, praca autora jest wielkiéj doniosłości. Przedstawia nam ona na drodze doświadczalnéj z uwzględnieniem dzisiejszéj etyjologii rozwój gruzełka, pochodzenie jego istotnych części składowych, ich stosunek wzajemny do siebie i znaczenie każdego z osobna. Teraz dopiero możemy sobie dokładnie sformułować pojęcie gruzełka czyniące zadosyć tak wymogom patologiczno-anatomicznym, jakotéż etyjologicznym.

Gruzełek zatém jestto nowotwór powstający z stałych komórek tkanin dzielących się pod swoistym wpływem laseczników, do któregoto nowotworu przystępuje obwodowe reakcyjne zapalenie i wreszcie koagulacyjna nekroza. (*Zeitschrift f. klin. Med.* IX, zeszyty 2, 3 i 4). *Dr. Obrzut.*

Przyczynki do antyseptyki w chirurgii.

II.

Dr. Kümmell: Zakażenie dotykiem i powietrzem w chirurgii.

(Dokończenie. Patrz Nr. 28).

Przystępując do omówienia zakażenia przez powietrze uwzględnia K. powietrze wydechane z płuc i powietrze otaczające. Aby się przekonać, czy pierwsze zawiera w sobie drobnoustroje, przedsięwziął K. następujące doświadczenia: Do kolbki z gelatyną, przez któréj zatyczkę watową przeprowadził rurkę szklaną zakrzywioną, kazał wydechywać 20—30 razy silny prąd powietrza i nigdy w gelatynie bakteryje się nie rozwijały. To samo doświadczenie powtórzył z tą modyfikacyją, że kazał wydechywać powietrze nie przez rurkę lecz wprost raz do epruwetki, drugi raz do kubka a trzeci do kolbki o większych rozmiarach, w którychto naczyniach znajdowała się gelatyna lub Agar-Agar. W żadnym przypadku nie dostrzegł rozwoju bakteryj, chyba że razem z powietrzem wydechaném nieco śliny do naczynia się dostało.

Z tego wnosi K., że powietrze wydechane bakteryj nie zawiera, że więc przez nie rana zakażoną być nie może.

Badając powietrze otaczające K. posługiwał się metodą Hessego i doszedł do następujących rezultatów:

Powietrze z sali operacyjnéj przy obecności osób do operacyi potrzebnych wywołało rozwój bakteryj w gelatynie po 4—5 dni, a mianowicie rozwinęły się cztery działkogrzybki obok *Penicillium glaucum*, *Aspergillus niger*. Chcąc wszelki pył z powietrza usunąć, zlał K. ściany i wszystkie przedmioty w sali się znajdujące silnym strumieniem wody a powietrze następnie badane ku wielkiemu zdziwieniu badającego wykazało wielkie ilości pleśniawek i kilka kolonij działkogrzybków. Pył więc ze ścian spłukany został widocznie zawieszony w powietrzu, a domysł ten potwierdził fakt, że $1^1/_2$ godz. potém w powietrzu znajdowały się tylko nieliczne kolonije bakteryj. Po umyciu ścian i sprzętów wodą i mydłem jednego dnia wieczorem na drugi dzień rano badane powietrze wywołało w gelatynie rozwinięcie się bakteryj, lecz tylko w górnéj jéj warstwie, podczas gdy reszta pozostała wolną i czystą. Badając powietrze z téj saméj sali, gdy w niéj znajdowały się opatrunki a jeden z tychże kałem powalany, znalazł w gelatynie przeszło 30 kolonij pleśniawek i niezliczoną ilość działkogrzybków. 9 litr. powietrza wziętego ze sali podczas rozpylania w niéj 2% kw. karb. wywołało w gelatynie rozwój licznych kolonij bakteryj i pleśniawek. Ta sama ilość powietrza wzięta po opadnięciu pewnéj ilości mgły rozpylonego płynu przedstawiała o połowę zmniejszoną ilość bakteryj i pleśniawek.

Małą względnie ilość bakteryj zawierało powietrze ze sali, w któréj znajdowali się cierpiący choroby zakaźne, a która odwietrzaną była sublimatem i dymem siarczanym. W 9 litr. tego powietrza znajdowało się 35 kolonij pleśniawek i 2 kolonije bakteryj.

Zestawiając wszystkie robione przez siebie doświadczenia co do ich wartości praktycznéj twierdzi Kümmell, że w obec użycia wody, mydła i szczotki wartość środków antyseptycznych redukuje się *ad minimum*. Narzędzia, skoro są tylko gładkie a budowa ich nie zanadto skomplikowana przez obmycie wodą i mydłem i następne zanurzenie w 3 lub 5% roz. kw. karb., w zupełności się dezinfekcyjonują. We właściwych warunkach kwas karbolowy zastąpionym być może przez sterylizowaną wodę.

Gąbki, przez wymycie wodą i mydłem i przechowanie ich w 1‰ roz. sublimatu, są w zupełności dezinfekcyjonowane. Kwas karbolowy i woda chlorowa jest tu zbyteczną.

Ręce przez częste i dokładne obmywanie wodą, mydłem i otrąbkami i następne opłukanie w 5% kw. karb. lub w wodzie chlorowéj ulegają zupełnéj dezinfekcyi.

Najmniejszą ilość bakteryj znalazł K. w powietrzu, gdy salę wymyto wodą i mydłem. Aby warunku tego można dopełniać ile możności często i dokładnie, urządził K. salę swą operacyjną w Hamburgu w ten sposób, że ściany jéj są zupełnie gładkie i dające się zmywać, kąty zaokrąglone i tylko dwie podpory na płyny irrygacyjne przerywają gładką powierzchnię ścian. Drzewo zostało ze sali wyrugowane. Szafka na narzędzia jest zrobiona ze szkła, głęboko w ścianę wpuszczona i szczelnie zamknięta. Sala bywa przed każdą operacyją gąbką na drążku umocowaną zmywana wodą i mydłem. Sala tak aseptycznie urządzona nie potrzebuje środków antyseptycznych. (*Deutsche medic. Wochenschrift* 1885. Nr. 22). *W. Momidłowski.*

A. Obaliński: **Szkice hernijologiczne.**

Kwestyja, czy w przepuklinie uwięzgniętéj zgorzelinowéj należy wyciąć kawałek jelita zgorzeli uległy z następowém zeszyciem kolistém (enterorafija pierwszorzędna), czy raczéj w każdym takim przypadku najprzód założyć sztuczną odbytnicę, a dopiero, gdyby taż nie dała się usunąć lżejszym sposobem, przystąpić do resekcyi i enterorafii wtórorzędnéj, jest dotąd nierozstrzygniętą. Panują różne zapatrywania w téj sprawie i tak: Péan, Billroth, Guillard i Reichel twierdzą na podstawie własnych spostrzeżeń przy łóżku chorego, że enterorafija wtórorzędna daje lepsze wyniki niż pierwszorzędna; C. Beck zaś, na podstawie doświadczeń robionych na zwierzętach, wykazuje, że w zgorzeli przepukliny uwięzgniętéj jest korzystniéj wykonać enterorafiję niż zakładać sztuczną odbytnicę, za czém i Jaffe w swojéj monografii gorąco przemawia dodając za warunek, aby sąsiednia otrzewna była w dobrym stanie.

Które ze zdań powyższych mamy przyjąć za prawidło, to dopiero obszerna kazuistyka (dotąd bardzo szczupła) podobnych przypadków rozstrzygnie w przyszłości. Totéż autor spotykając się z licznemi przypadkami przepukliny uwięzgniętéj zgorzelinowéj, stara się przez krytyczny rozbiór swoich przypadków przyczynić się do rozjaśnienia powyższéj kwestyi a zarazem podzielić się z czytelnikami własném doświadczeniem w przypadkach w ogólności przez siebie spostrzeganych przepukliny uwięzgniętéj.

Sto czterdzieści pięć przypadków przepukliny uwięzgniętéj podzielił autor dla łatwiejszego przeglądu na dwie główne kategoryje: przepukliny uwięzgnięte proste i przepukliny uwięzgnięte powikłane, rozumiejąc przez te ostatnie takie przypadki, gdzie jelito patologicznie zmienione wywiera wpływ na dalszy przebieg choroby, albo gdzie obok przepukliny istnieje inna sprawa chorobowa, grożąca więcéj życiu chorego niż sama przepuklina, lub wreszcie, gdzie z powodu zaniedbania się chorego, znacznego upadku sił nie można było przedsiębrać żadnego rękoczynu. Obok tego uwzględnił autor różne metody postępowania, z którychto rozpatrywań doszedł do następujących wniosków:

1) Na podstawie własnéj statystyki dotyczącéj 62 przypadków przepukliny uwięzgniętéj, w których wykonano bezkrwawe odprowadzenie trzew uwięzgniętych, a wśród których znalazło się 6 przypadków powikłanych (cztery z zejściem śmiertelném) pomimo, że z objawów nie można było o powikłaniach myśleć, przychodzi autor do przekonania, że najwięcéj zasługuje na uwzględnienie twierdzenie Gosselina, który radzi w uwięzgniętéj przepuklinie pachwinowéj tylko w ciągu 47 godzin, w przepuklinie udowéj przed upływem 24 godzin bezkrwawo odprowadzać (*taxis*); stanowczo zaś potępia zdanie Schedego przemawiającego za odprowadzaniem bezkrwawém i to z użyciem nawet znaczniejszéj siły niż to bywa w zwyczaju, bez względu na czas wystąpienia przypadów uwięzgnienia, jeżeli tylko nie ma objawów zgorzeli jak zaczerwienienia i ciastowatego obrzęku skóry oraz niezwykłéj bolesności.

Z tych 6 przypadków powikłanych powstały w dwóch ropnie i przetoki kałowe, które po krótszym lub dłuższym czasie zupełnie się wygoiły. Cztery inne zakończyły się śmiercią a to trzy zaraz po odprowadzeniu w skutek dostania się kału lub septycznéj wody przepuklinowéj do jamy otrzewnowéj; czwarty w skutek pozornego odprowadzenia, które pociągnęło za sobą laparatomiję. Ten ostatni przypadek jako zasługujący na bliższą wzmiankę pozwolę sobie przytoczyć w streszczeniu. Mężczyzna 62 lat liczący z przepukliną pachwinową lewą niezupełną od 10 godzin uwięzgniętą, która w narkozie już za lekkim uciskiem rękami weszła do jamy brzusznéj tak, że zaniechano operacyi. Gdy chory żalił się na mocny ból brzucha i wymioty w drugim i trzecim dniu po odprowadzeniu przepukliny, a jelita rozdęte cieniowały się przez powłoki brzuszne, przypuszczono wrzekome odprowadzenie pętli jelitowéj i wykonano w czwartym dniu od wystąpienia niedrożności laparotomiję. W otwartéj jamie brzusznéj znaleziono jelito zaczerwienione, rozdęte, oblane skąpą ilością płynu mętnawego a w kanale pachwinowym lewym utwierdzoną pętlę jelitową, któréj część doprowadzająca była znacznie rozdęta a odprowadzająca zapadła. Przez lekkie pociągnienia wydobyto pętlę z uwiezgnięcia a znalazłszy jelito w długości 10 ctm. ze ścianami zaczerwionionemi, zgrubiałemi, o świetle zmniejszoném ale zdolne do życia, zaszyto jamę brzuszną. Chory umarł w 6 godzin po operacyi wśród gniecenia w dołku podsercowym i duszności. Sekcyja wykazała jako przyczynę śmierci zapalenie otrzewny. Laparotomija wykonana wcześniéj byłaby się prawdopodobnie zakończyła pomyślnie.

2) Przepuklin uwięzgniętych prostych, w których wykonał laparotomiję, było 41. Z tych 32 chorych wyzdrowiało a 9 umarło, co daje 21·9% śmiertelności. 35 razy otworzył worek przepuklinowy a 6 razy operował sposobem Petita, tj. przeciął pierścień zwężający nieotwierając worka przepuklinowego. Sposób ostatni wobec dzisiejszego leczenia ran przeciwgnilnego zalicza autor do repozycyi bezkrwawéj, dla tego jak w ostatniéj radzi tutaj zachować pewne ostrożności, tj. używać go tylko przed upływem drugiéj doby od wystąpienia uwięzgnięcia. Zdanie to popiera rozpatrzenie się w 6 przypadkach sposobem Petita operowanych, z których 4 zakończyły się pomyślnie, bo wykonane były przed nastaniem trzeciéj doby, dwa inne robione w szóstéj i siódméj dobie zakończyły się śmiertelnie. Co do przyczyny smierci powyższych 9ciu przypadków 1 zmarł z powodu *delirium potatorum,* ośmiu w skutek zapalenia otrzewny, choć operacyja była wykonana w czasie i jelito niebardzo zmienione. Byłyto przeważnie przepukliny znacznych rozmiarów, bo dochodziły niektóre do wielkości dużéj główki dziecka. Jelita w takich przepuklinach chociażby były mało zmienione przez usiłowaną repozycyję bezkrwawą wprowadzone nagle do jamy brzusznéj, oddziaływają szkodliwe na otrzewnę przez swoją objętość. W takim przypadku nie należy długo próbować repozycyi bezkrwawéj, lecz albo wyczekiwać albo przed upływem 12 godzin przystąpić do herniotomii a znalazłszy jelito zmienione wykonać resekcyję jelita i enterorafiję.

3). Postrzegał autor przypadki, w których powikłania nie stały w związku z przepukliną i tak: w jednym był obok przepukliny uwięzgniętéj *Volvulus, Haemorrhagia peritonaei,* w drugiém zapalenie otrzewny powstałe ze skrętu kątnicy uległéj początkowéj zgorzeli, w trzecim zapalenie otrzewny powstałe w skutek przedziurawienia wrzodu w dwunastnicy a w czwartym nacieki moczowe podotrzewnowe. W wszystkich tych przypadkach dopiero sekcyja wykazala właściwą przyczynę śmierci. Za życia wyraźne objawy uwięzgnięcia i istniejąca przepuklina nie pozwalały myśleć o innéj sprawie chorobowéj, dla tego poprzestano na herniotomii i odprowadzeniu jelita uwięzgniętego, nie szukając wcale innéj sprawy chorobowéj. Na podstawie tych przypadków wnosi autor, że ilekroć operujemy z powodu uwięzgnięcia przepukliny, a objawy ten stan znamienujące nie ustę-

pują pomimo odprowadzenia jelita uwięzgniętego, powinniśmy myśléć o innéj sprawie podobne przypady wywołującéj a wtedy bez wahania przystąpić jak najwcześniéj do laparotomii.

4) W przypadkach powikłań rozpaczliwych, w których znaleziono przy herniotomii worek przepuklinowy wypełniony kałem a jelito nadżarte już w jamie brzusznéj, radzi autor również przystąpić odrazu do laparotomii jako jedynego środka ratującego.

5) Opierając się na cyfrach własnéj statystyki, która przy herniotomii wykazuje 52% śmiertelności a zatém zupełnie taki sam odsetek, jaki wykazał Marc Girard z zestawienia przeszło półtora tysięca przypadków, a nawet mniejszy niż go miał Billroth w szpitalu zurychskim, utyskuje autor na to, że na tak wysoki procent śmiertelności jedynie wpływa późne zgłaszanie się chorych do operacyi, którą poleca autor jak najwcześniéj wykonać a nie marnować drogiego czasu na manipulacyjach często zawodzących, a to tém bardziéj, że z jednéj strony możebność wykonania operacyi bez otwarcia otrzewny a z drugiéj antyseptyka dobry skutek prawie zapewniają.

6) W kwestyi, czy w razie zgorzeli pętli jelitowéj przystąpić do pierwszorzędnéj resekcyi i enterorafii, czy też po założeniu sztucznéj odbytnicy do wtórorzędnéj, staje autor na stanowisku odrębném od dotychczas zajmowanych. Przyznaje, że i jego statystyka enterorafii pierwszorzędnéj, bez krytyki wzięta, popiera zdanie tych, którzy przemawiają za sztuczną odbytnicą i wtórorzędną enterorafiją; lecz oddając słuszność pracom Kochera i Reichla wykazującym, że przez nagromadzoną treść rozdęte jelito doprowadzające nie znosi wszelkich manipulacyj a tém mniéj tak znacznych jak resekcyja i enterorafija, nie może autor odeprzeć dobrego podmiotowego wrażenia, jakie zrobiły na nim pojedyńcze udane przypadki resekcyi jako też doświadczenia Becka na zwierzętach. Stara się więc przedział pomiędzy zdaniami wypełnić wnioskiem pośrednim, który wysnuwa po części ze swych przypadków, a po części z owych doświadczeń Becka, a który brzmi, że w przypadkach uwięzgnięcia, gdzie zgorzel powstaje nader szybko, jak np. w skutek ucisku elastycznego odznaczającego się niezwykłym bólem, lub tam, gdzie sprzyjały warunki zewnętrzne, jak gniecenie itp. powstaniu wczesnéj zgorzeli, nie ma czasu na nagromadzenie się treści w jelicie doprowadzającém, a zatém i na rozdęcie jego ścian; że więc w takich przypadkach wskazaną jest resekcyja i enterorafija pierwszorzędna, podczas gdy wszystkie inne, osobliwie zaś te, które powstały w skutek zastoju kałowego kwalifikują się do założenia odbytnicy sztucznéj i enterorafii następowéj.

7) Zwraca uwagę, żeby nie wszędzie zakładać metodyczną odbytnicę sztuczną, mianowicie nie zakładać jéj tam, gdzie już dłuższy czas trwało uwięzgnięcie, osobliwie, jeżeli pętla uwięzgniona była albo bardzo małą albo nawet tak zwaną Littrégo, gdyż w takich razach może późniejsza przetoka kałowa wygoić się sama lub po założeniu kleszczy Dupuytrena. Wrazie zaś założenia metodycznéj odbytnicy sztucznéj radzi autor wprowadzić w doprowadzające jelito, a gdzie można w obydwa, gruby dren, przez co można zapobiedz obrzydliwemu zanieczyszczaniu się chorych i zbytniemu zwężeniu części odwodzącéj.

8) W końcu opisuje jeden przypadek resekcyi i enterorafii jelita, gdzie wskazanie było niezwykłe, bo niedrożność jelita wywołana zrostami w worku przepuklinowym. (*Medycyna* 1885. Nr. 16—19). *Dr. Stanisław Braun.*

Wiadomości pomniejsze.

○ **Kofein jako miejscowy środek znieczulający.** Chemiczna analogija istniejąca między kokainem a kofeinem naprowadziła Dra Ferriera na myśl zrobienia doświadczenia z tym ostatnim na psie, u którego otrzymał zupełne znieczulenie na rogówce. Dnia następnego zgłosił się do szpitala robotnik uskarżając się na silny ból w oku z powodu utkwienia ciała obcego w rogówce. Dwie krople rozczynu solanu kofeinu 2·5 na 100 wkroplone do oka znieczuliły tak zupełnie oko, iż chory nie czuł nic w czasie wyjmowania ciała obcego. Po dwu tych spostrzeżeniach oznajmił Dr. Ferrier na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego, iż uważa solan kofeinu za środek znieczulający zupełnie taki jak solan kokainu i że można jeden drugim zastąpić, gdy idzie o miejscowe znieczulenie. To zgadza się zupełnie z doświadczeniem słynnego laryngologa Dra Fauvela, który w tém zastąpieniu widzi wielką korzyść finansową, bo cena kokainu jest jeszcze ciągle bardzo wysoką (30 fr. za gram) gdy kofeinu o wiele niższę (2 fr. za gram). Dr. Fauvel używa prawie wyłącznie kofeinu we wszystkich cierpieniach połyko-krtaniowych w rozczynie 2%, dodając 2 krople tegoż do małéj ilości wody i pomazując tym rozczynem części dotknięte, co sprawia bezzwłocznie ulgę. Pomazywanie trzeba kilkakrotnie przez dzień powtarzać, aby utrzymać znieczulający skutek tego środka. Dr. Laborde nie uważa jednak za właściwe zastąpienie kokainu kofeinem, bo robił kilka doświadczeń z tym ostatnim, równie jak z teinem a nie mógł otrzymać najmniejszego znieczulenia rogówki nawet używając zgęszczonego rozczynu. Prof. Panas obserwował w ostatnich czasach, że rozczyn kokainu wkroplony do oka, przeciwnie jak dawniéj podał, rozszerzał źrenicę tak jak atropin. Dochodząc przyczyny różnicy tego działania doszedł Dr. Panas do przekonania, że kokain, którego używał w tym razie, był odmiennym od kokainu zwykle używanego. Przy dalszych badaniach przekonał się, iż rzeczona istota była wytworem drugiéj maceracyi liści kokowych i zawierała znaczną ilość hygrinu, posiadającego własności midryjatyczne tak wybitne jak atropin, nie mając własności znieczulających kokainu, ztąd pewna liczba ujemnych wyników z próbkami drugiego rodzaju. (*The Lancet*, 1885, I, Nr. 21).

(W.) Dr. Tichomirow w klinice prof. Koszłakowa oznaczał ilość kwasu moczowego w moczu chorych gorączkujących, przyczém szczególną zwracał uwagę na stan organów trawienia i oddechania, a to w celu wyjaśnienia wpływu tych organów na wydzielanie kwasu moczowego. Oprócz oznaczania kwasu moczowego badał także wydzielanie mocznika, chlorków, fosforanów i kwasu siarkowego, obserwował temperaturę, tętno, oddechanie i ciężar. Takich obserwacyj przytacza 21: 7 w tyfusie brzusznym, 2 w plamistym, 1 w gośćcu, 5 w zapaleniu krupowém płuc, 2 w gruźlicy, 1 w zapaleniu otrzewny i 1 w raku wątroby. Autor przyszedł do wniosku, że kwas moczowy wcale się nie zwiększa w chorobach organów oddechania. I zmiany czynnościowe przewodu pokarmowego nie wpływają na ilość kwasu moczowego. W chorobach gorączkowych ostrych i chorobach wątroby ilość kwasu moczowego zwiększa się, przyczém w 1ym razie zależy to prawdopodobnie od znaczniejszego wytwarzania się kwasu moczowego w skutek rozpadu i zniszczenia komórek; w 2im razie od zamiejscowego przetwarzania się kwasu moczowego na mocznik w wątrobie. (*Wracz*, 1885, Nr. 23).

(W.) Dr. Puszkarew dla rozwiązania kwestyi, czy komplikacyje w krupowém zapaleniu płuc są skutkiem jednego i tego samego przyrzutu, czy też przypadkowo przyłączają się do choroby głównéj, poszukiwał prątków w różnych patologicznych

produktach ludzi cierpiących zapalenie płuc. W wypocinie ropnego zapalenia osierdzia i w przypadku *endocarditis ulcerosa*, powstałych w przebiegu zapalenia płuc, znalazł takie same koki jak w tkaninie zajętego pluca. Szczególną uwagę zwracał autor na zapalenie opon mózgu i rdzenia: w 5 przypadkach w ropie wziętéj z opon znalazł wielką ilość koków zupełnie podobnych do Friedländerowskich; naodwrót zaś w płynie wziętym z opon przy czystém zapaleniu płuc bez zap. opon mózgowych nie mógł znaleźć koków. Dla tego też mniema, że przyczyną zapalenia opon mózgowych i rdzeniowych w przebiegu krupowego zapalenia płuc są te same pneumokoki. (*Wracz*, 1885, Nr. 25).

Ω J. Fodor, profesor higijeny w Budapeszcie, robił doświadczenia w celu rozstrzygnięcia pytania, **jaka jest różnica między działaniem wody czystéj a nieczystéj.** Wyniki tych doświadczeń stwierdza autor w następujących punktach: 1) Wody studziennéj czystéj można bez szkody królikowi wstrzyknąć do 10% ciężaru ciała pod skórę. 2) Wody czystéj przegotowanéj można wstrzyknąć bez jakichkolwiek złych następstw jeszcze większe ilości. 3) Woda zanieczyszczona nieprzegotowana wywoływała u większéj części królików objawy zatrucia. Występowały one już to w postaci podwyższenia, już to obniżania ciepłoty, biegunek, dreszczów itp., a często wśród tych objawów zwierzęta ginęły. Ilość wody potrzebna do zatrucia była różna. Również stopień zanieczyszczenia wody do potrzebnéj ilości jéj dla wywołania zatrucia był różny. Objawy durzycowe nawet wtedy u królików nie występowały, gdy woda pochodziła z domów z uderzająco częstą śmiertelnością z duru. 4) Własność wody zakaźna zwiększała się, jeżeli ją jakiś czas pozostawiono w cieplocie wylęgania. 5) Na podstawie powyższych spostrzeżeń należy wnioskować, że woda chemicznie nieczysta, najczęściéj posiada własności słabo zakaźne, że zatém woda taka na człowieka pojedyńczego, a zatém i na ogół zdrowia mieszkańców źle wpływać może. Zdaniem autora woda taka osłabia organizm, wywołując ciągle słabe objawy zakażenia istotami gnilnemi, a skutkiem tego podkopuje odporność przeciw wszelkim chorobom infekcyjnym i epidemicznym. (*Archiv f. Hygiene*, 1885, str 118—126).

Ω Rubasow: **O przechodzeniu prątków wąglika z matki na płód.** Autor zaszczepił pięciu ciężarnym świnkom morskim jad wąglikowy za pomocą wstrzykiwań pod skórę brzucha.— Część zwierząt zabił w czasie pierwszych objawów wąglika, część zaś zginęła śmiercią naturalną. Badanie płodów wykazało obecność charakterystycznych prątków wąglikowych, tak w mózgu jak i w śledzionie, wątrobie i nerkach. Prątki leżały zwykle w tkance po za naczyniami, rzadko w samych naczyniach. Również wykazać można było prątki w łożysku, w cieczy owodnéj, w surowicy otrzewnowéj. Hodowane prątki przeszczepione na zdrowe osobniki, wywoływały znów zarazę śledzionową. W jednym przypadku autor szczepił prątki ochronne Pasteura. W narządach płodu w tym przypadku wykryto bardzo nieliczne odosobnione prątki, z których hodowle przeważnie się nie poudawały. (*Comptes rendus* 1885, Nr. 6).

V. Fizyczne sposoby leczenia Kornelijusza Celsa.

Podał Dr. Stanisław Smoleński w Jaworzu.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

b) Ruchy bierne pewnych tylko części ciała obejmują zabiegi w skład dzisiejszego mięsienia wchodzące. Należą tu obrabianie skóry przez jéj naciąganie i nacieranie; do nacierań używano zazwyczaj oliwy— mazanie—; o nacieraniach wodą będzie mowa poniżéj.

Działanie zabiegów tych Cels wyobraża sobie rozmaicie. Uwydatnia się to w następujących ustępach: W początkach suchót np., powiada autor, pożytecznie jest na czczo chwytać w różnych miejscach skórę (*cutem prehendere*) i naciągać (*attrahere*) dla zwiotczenia jéj (III, 22); w puchlinie nacierać głównie górne części ciała, aby ciepło sprowadzić do skóry aż do wystąpienia potów (III, 21), w którymto celu domięszywano do oliwy różne leki rozgrzewające (*calefatientia*); w bólach kulszowych używać kilka razy na dzień nacierań, szczególnie na słońcu, aby rozpędzić to, co gromadząc się, zaszkodziło; działanie nacierań zestawia tu autor z działaniem żegadła: oba sposoby ma się stósować na samych biodrach, a jeśliby tu były wrzody, to na innych miejscach ciała, aby odciągnąć szkodliwą materyję (IV, 22); po puszczeniu krwi drugiego dnia żyłę palcem nacierać, aby świeże spojenie rozeszło się i krew na nowo płynąć mogła (II, 10). W bólach daleko częściéj nacierać trzeba nie sam członek bolejący, lecz inny, szczególnie gdy chcemy z górnych lub środkowych części ciała odciągnąć materyję (II, 14), z téj też przyczyny w ropieniach należy nacierać części zdrowe (III, 27), a w suchotach trzy do czterech razy dziennie silnie nacierać części obwodowe, samą zaś klatkę piersiową lekko tylko obrabiać (III, 22). Nacieranie członków niedomagających wzmacnia je (II, 14) i działa nasennie u majaczących, u których Asklepiades w tym celu zalecał łagodne nacierania, tak aby nacierający nie przyciskał nawet silnie ręki, któreto postępowanie może jednak sprowadzić letarg a nawet sen wieczny (III, 18). Znane było Celsowi i podniecające działanie nacierań, skoro u majaczących w razie zbytniego przygnębienia (*nimis tristitia*) poleca 2 razy dziennie obfite nacierania a po ustąpieniu gorączki radzi oględniéj nacierać podnieconych (*nimis hilares*) niż przygnębionych (*nimis tristes*) III, 18).

Nacierania suche lub oliwą pożyteczne są w różnych jeszcze chorobach: w padaczce ma się po obudzeniu całe ciało z wyłączeniem brzucha starą oliwą namaścić a po przechadzce znów w ciepłém miejscu silnie i długo, najmniéj dwieście razy przetrzeć; toż samo w zimnicy czwartaczce po napadzie gorączkowym; w bólach żołądka, w biegunce, w obrzmieniach śledziony. W chwili powstającego nieżytu dróg oddechowych i sapki trzeba po szybkiéj przechadzce głowę i usta 50 razy natrzeć, w porażeniach języka nacierać silnie głowę i kark; w bólach głowy z zaziębienia (*si frigus nocuit*) należy silnie ją wycierać a w nieżycie odetchów trzeba w pierwszych zaraz dniach mocno nacierać dolne części ciała, lżéj klatkę piersiową i głowę, co równie pożyteczne, gdyż nieżyt opuścił się już ku płucom.

Użycie oliwy do nacierań nie jest rzeczą podrzędną, bo samo mazanie (*unctio*) ciało wzmacnia, ogrzewa i wysusza (I, 3). Pożyteczne więc w padaczce, w cierpieniach stawów, w trzęsieniu nerwowém, w niestrawności, także po podróży męczącéj i w czasie zarazy. W bólach nerwowych należy część bolesną namazać wodą z nitrum (soda) bez oliwy i zawinąwszy trzymać nad zarzewiem, do którego dodano siarki, i w ten sposób podkadzać. Jeżeli obwodowe członki ziębną, dobrze jest ogrzewać je rękoma namaszczonemi i ciepłemi, niemniéj pożyteczne namaszczenie w gorą-

czkach. Po ćwiczeniach radzi Cels namaścić się na słońcu lub przy ogniu, zmęczonym toż samo w ciepłém miejscu, na słońcu lub przy ogniu i pocić się; w cierpieniach głowy nie czynić nigdy namaszczenia przy płomieniu (*ad flammam*) lecz niekiedy przy zarzewiu (*ad prunam*). Mazanie stanowi prócz tego część składową różnych zabiegów wodnych, szczególnie napotnych. O tém poniżéj.

Między namaszczeniem a nacieraniem (*frictio, fricatio*) wielka jest różnica. Mazać bowiem i lekko obrabiać ciało można i w świeżych i ostrych chorobach, byle tylko podczas zwolnienia i przed jedzeniem; długiego zaś nacierania nie należy używać ani w chorobach ostrych, ani wzrastających, chyba aby działać nasennie w majaczeniach. Mówią niektórzy, dodaje Cels, że wszelka pomoc jest konieczną w porze wzrastania chorób, nie zaś, gdy już same przez się mają się ku końcowi. Ale rzecz ta ma się inaczéj. Bo chorobę, która i sama przez się pomyślnieby się zakończyła, można rychléj usunąć przez zastosowanie odpowiedniego środka, a takie przyspieszenie z dwóch przyczyn jest potrzebném: najprzód, aby jak najrychléj przywrócić zdrowie, powtóre, aby resztki choroby choćby z błahéj przyczyny nie na nowo wzmogły się. Albowiem może pozostać zboczenie mniéj ciężkie niż było, a przecież nie ustąpić zupełnie, lecz trzymać się chorego jakiemiś resztkami, które zastósowana pomoc rozprasza.

Nie ulega wątpliwości, że Asklepiades i szersze i jaśniejsze podał przepisy o wskazaniach i sposobach nacierania, ale przecie nic nie wynalazł, czegoby nie był niewielu objął słowy najdawniejszy pisarz Hippokrates, według którego silne nacieranie hartuje ciało a lekkie miękczy, częste je uszczupla, a w miarę wykonywane wzmacnia (Hippokrates, *de officina medici.*). Z tego wypływa, że wtenczas używać go się winno, gdy ciało zwiotczałe trzeba ściągnąć albo stwardniałe rozmiękczyć, rozpędzić materyję tam, gdzie jéj nadmiar szkodzi, krzepić co jest nikłém i słabém.

Hippokrates powiedział: ἰητρικὴ γάρ ἐστι πρόσθεσις καί ἀφαίρεσίς (*De flatibus*). Zgodnie z tém mówi Cels, że każdy środek leczniczy albo ujmuje materyi albo jéj dodaje, wyciąga ją lub tłumi, oziębia lub ogrzewa a równocześnie albo ją czyni twardą albo miękczy. Niektóre środki nietylko jednym z tych sposobów pomagają, ale i dwoma nieprzeciwnemi sobie. Tak sprowadza Cels różne działanie nacierań do jednéj przyczyny: *frictione demitur materia* (II, 9). Bo ściąganie polega na odejmowaniu tego, co sprawiało wiotkość, zmiękczenie polega na odciągnięciu tego, co tworzyło twardość, a wzmocnienie nie pochodzi od samego nacierania, lecz od pożywienia, które przenika do skóry przez nacieranie zwiotczałéj. Działanie więc nacierań polega ostatecznie zawsze na odejmowaniu materyi: *diversarum vero rerum in modo causa est* (II, 14).

Nacierania wykonywa się na całém ciele, jeżeli mamy wzmocnić człowieka osłabionego, albo na pewnéj tylko części, gdy tego wymaga osłabienie téj właśnie części lub innéj. Bezpośredniém nacieraniem można uśmierzyć długie bóle głowy, byle nie stósować go podczas samego napadu, i inne członki można nacieraniem ich wzmocnić. Ale daleko częściéj należy nacierać nie członki bolejące lecz inne, mianowicie gdy chcemy odciągnąć materyję z narządów górnych lub środkowych. Nie trzeba słuchać tych, którzy określają liczbami, ilekróć ktoś ma być nacierany; o tém tylko wedle sił chorego wnioskować można: np. u bardzo słabego może wystarczyć 50 razy, u silniejszego może potrzeba i 200 razy, a między temi granicami wedle zasobu sił. Ztąd też pochodzi, że mniéj często należy stósować nacierania u niewiasty niż u mężczyzny, mniéj często u dziecka niż u młodzieńca. Tudzież ilekroć naciera się pewne tylko członki, można to czynić długo i silnie, bo przecież nacierając pewną tylko część, nie możemy szybko osłabić całego ciała, a wszakże potrzeba jak najwięcéj rozpędzić materyi, czy samemu członkowi nacieranemu, czy przezeń innemu ulżyć chcemy. Przeciwnie, gdy dla ogólnego osłabienia nacierać musimy całe ciało, musimy to czynić krócéj i łagodniéj, aby tylko zwierzchnią warstwę skóry zmiękczyć i uczynić przystępną dla nowéj materyi z świeżego pożywienia. W niebezpieczeństwie jest chory, gdy zewnętrzna powłoka ciała ziębnie a części wewnętrzne wśród pragnienia pałają; ale właśnie wtenczas jedyną pomocą jest nacieranie, które wywołując ciepło może uczynić miejsce dla jakiegoś lekarstwa (II, 14).

Powiedzieliśmy już, że Cels nie zgadza się z radą Asklepiadesa, aby celem wywołania snu i gorączkujących nacierać. Zdaniem naszego autora brak snu zależy od nasilenia gorączki, a ponieważ nacieranie tylko podczas zwolnienia jest skuteczném, dla tego w tych przypadkach trzeba go zaniechać. Czasem tylko i gorączka ciągła, niezwalniająca, byle nie w porze wzrastania, może się nadawać do nacierań. Natomiast uważa Cels nacieranie za skuteczny środek zapobiegający gorączkom. Dla tego każe chorego podczas napadu dreszczu nacierać tak silnie, jak tylko tenże znieść może, szczególnie ręce i nogi i nie ustawać w tém, choćby dreszcz znów wrócił, *saepe enim pertinacia juvantis malum corporis vincit* (III, 12).

Jak się wyżéj rzekło, Cels uzasadniał teoretycznie potrzebę nacierań miejscowych i częściowych. Poleca je też w bardzo wielu chorobach: w czasie nadchodzącéj gorączki każe nacierać części, o które najwięcéj się obawiamy, — w tężcu nacierać wszystkie kręgi, szczególnie szyjne, dniem i nocą z przerwami, — w dychawicy nacierać części dolne już samemu choremu, jużtéż przez kogoś innego, na słońcu lub przy ogniu aż do wystąpienia potów, — w owrzodzeniach gardła nacierać silnie od klatki piersiowéj całą część dolną, — w zapaleniu płuc nacierać dwa razy dziennie najdłużéj w okolicy łopatek, tuż po ramionach, nogach, goleniach, w okolicy płuc łagodnie, — w chorobach wątroby i kiszek grubych nacierać podczas bólu części obwodowe, t. j. golenie i ramiona dla odciągnięcia materyi, w obrażeniach stawów nacierać części od rany odległe itd.

Natomiast nie każe czynić nacierań w biegunkach a w krwiopluciu uważa je za wręcz szkodliwe, dopiero gdy krew nie pokazuje się więcéj, można nacierać poczynając od ramion i goleni, oszczędzając zupełnie klatkę piersiową.

Na siłę, z jaką nacierania ma się wykonywać (*frictio lenis, valida, vehemens*), Cels wielki kładzie nacisk. Np w puchlinie podskórnéj radzi nacierać rękoma dziecięcemi lub niewieściemi, aby dotknięcie było tém łagodniejszém, również w bólach nerwowych każe w pewnych razach czynić nacierania raczéj rękoma dziecięcemi niż męskiemi.

II.

Do nacierań zalecał Cels często używać wody, szczególnie zimnéj. To nas prowadzi do drugiéj części pracy, mianowicie do rozpatrzenia, o ile autor nasz stósował zabiegi w skład hydroterapii wchodzące.

Z zabiegów wodnych Cels przytacza mniéj lub więcéj obszernie: nacierania wodą, omywania, polewa-

nia, natryski, różne kąpiele i zabiegi napotne, okłady i miejscowe użycie pary wodnéj, wstrzykiwania i lawatywy, picie wody.

1) Nacierania wodą. Cels wyraźnie zaznacza, że użycie wody do nacierania zabiegowi temu odrębne nadaje znaczenie. Mówiąc o gorączkach przewlocznych ciągłych, powiada: W tym przypadku lekarza staraniem ma być zmienienie choroby, bo być może, że w ten sposób będzie ona przystępniejszą dla leczenia Dla tego radzi chorego często obrabiać wodą zimną z dodatkiem oliwy, albowiem dzieje się niekiedy tak, że powstaje dreszcz i tworzy się niejako początek nowego ruchu, poczém gdy ciało bardziéj się rozgrzeje, nastaje nawet zwolnienie (III, 9). Widzimy z tego, że Celsowi nie obce były objawy odczynowe po zewnętrznêm zastosowaniu wody zimnéj i wpływ ich na obniżenie ciepłoty.

Zresztą nacieranie wodą rzadko było używane jako odrębny zabieg leczniczy, częściéj wchodziło ono w skład różnych zabiegów wykonywanych w kąpieli — o czém niżéj.

2) Omywania (*lavatio*) wodą zimną w lecie są dobrym środkiem dla zachowania zdrowia, a ciepłe stósowne dla dzieci i starców. Używano ich także jako zakończenia zabiegów napotnych, polecano w przypadkach opieszałego trawienia itd.

3) Polewania (*perfusio*) stósowano głównie w cierpieniach głowy, bo *capiti nihil aeque prodest atque aqua frigida* (I, 4). W osłabieniu głowy (*cui caput infirmum est*) poleca po kąpieli i potach zlewać całe ciało po głowie wodą ciepłą, potém letnią, nareszcie zimną i to dłużéj polewać głowę niż resztę ciała; ktoby resztę ciała chciał oszczędzić, niech głowę pochyli, aby woda na kark nie spływała, oraz aby nie szkodziła oczom lub innym częściom, ma spływającą wodę rękoma na głowę podgarniać. W bólach głowy każe włosy ostrzydz do skory i uważać, jaka przyczyna ból wywołała: jeżeli ciepło, to dobrze jest obficie zimną wodą oblewać głowę, jeżeli zaś zimno zaszkodziło, to czynić to ciepłą wodą morską. Gdzie przyczyna nieznana, radzi zlewać głowę najprzód wodą ciepłą, potém zimną i uważać, czy oziębianie czy ogrzewanie ból uśmierza i to stósować, skuteczność czego doświadczenie stwierdziło. Polewania głowy wodą zimną pożyteczne są u majaczących z cechą podniecenia oraz najsilniejszym środkiem celem cucenia letargicznych, których po zwolnieniu trzeba polewać trzema lub czterema dzbankami wody; w tężcu można kark obficie polewać wodą ciepłą, co chwilowo pomaga, ale czyni nerwy wrażliwszemi na zimno. Niemniéj pożyteczne są zimne zlewania w chorobach wątroby, w nieżytach dróg oddechowych, w upławach nasiennych, biegunkach.

4) O użyciu natrysków w dwóch miejscach Cels czyni wzmiankę. W osłabieniu głowy radzi przez lato od czasu do czasu puszczać na głowę obfity prąd wody (*bene largo canali caput subjicere*, I, 4); w niestrawności zaś żołądka poleca puszczać prądy wody na sam żołądek a jeszcze więcéj od łopatek na okolicę przeciwległą żołądkowi (*canalibus stomachum subjicere*, IV, 5).

O właściwych natryskach, szczególnie kroplistych, znanych w Rzymie od dawna a przez Asklepiadesa w bólach głowy i chorobach umysłowych rozlegle polecanych, Cels nie wspomina (*balinea pensilia*).

5) Kąpiel (*balneum*) po śniadaniu krzepi ciało, po jedzeniu ochładza, kąpiel naczczo, jak w ogóle woda ciepła, *si quis in eam descendit*, wycieńcza i tętno pobudza (III, 6) częsta kąpiel wilgoci, gdy ciepło suche (*sine aqua calor*) i woda zimna wysuszają (I, 3). Kąpiel należy odbywać w izbie jak najwięcéj wysokiéj, widnéj i obszernéj. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ Dziennik ustaw i rozporządzeń krajowych dla królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z W. Ks. Krakowskiém. Część XIII, zawiera Nr. 36: Ogłoszenie Wydziału krajowego o podniesieniu od 1 czerwca r. b. taksy w szpitalu powszechnym w Biały od dorosłych z 45 ct. na 55 ct., a od dzieci z 25 ct. na 30 ct. od osoby i dnia, oraz Nr. 37 takież ogłoszenie co do szpitala powszechnego w Przemyślu, gdzie podniesiono od 1 czerwca taksę dzienną od dorosłych z 46 ct. na 48 ct., a od dzieci z 20 ct. na 24 ct.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 21—27 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 38,0. Z płonicy umarło 0 (2 z. t.); z odry 4 (3 z. t.); z błonicy 2 (3 z. t.); z duru brzusznego 0 (2 z. t.); z róży 3 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 24 przypadkach odry, 2 błonicy, 1 duru brzusznego, 1 róży. W tygodniu od 14—20 czerwca umarło z ospy w Londynie 21, leczyło się w szpitalach 1119, świeżo zapadło 190. W Wiedniu umarło z ospy 35, w Bazylei, Paryżu, Glasgowie, Manszestrze, Petersburgu i Odesie po 1; w Wenecyi 2; w Warszawie 3; w Pradze, Rzymie i Bombayu po 4; w Kalkucie 5. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 2. Z cholery umarło w Kalkucie od 3—9 maja 31; w Bombayu od 13—19 maja 12.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 14—20 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 36,6; w Warszawie 32,1; Poznaniu 34,2; w Wiedniu 34,5; w Pradze 41,8; w Berlinie 31,0; w Hamburgu 23,6; w Gdańsku 25,3; w Mnichowie 32,6; w Dreźnie 23,3; w Lipsku 21,8; w Bazylei 21.2; w Brukseli 20,4; w Amsterdamie 21,4; w Hadze 21,6; w Paryżu 20,8; w Londynie 16,4; w Kopenhadze 21,2; w Stokholmie 27,8; w Chrystyjanii 14,6; w Petersburgu 25,3; w Odesie 44,7; w Rzymie 22.4; w Wenecyi 23,2; w Bukareszcie 24,7; w Aleksandryi 37,8; w Nowym Yorku 25,1; w Filadelfii 19,2; w Bombayu 26,9; w Madrasie 33,1.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 lipca. W sobotę odbył się w sali wykładowéj kliniki lekarskiéj wykład habilitacyjny Dra A. Gluzińskiego, poczém Wydział uznawszy, że kandydat uczynił zadosyć wszystkim wymaganiom prawnym, uchwalił przedstawić akt habilitacyjny Wys. Ministerstwu do zatwierdzenia.

* Na ostatniém posiedzeniu Wydziału lek. przedłużono Drowi Wiczkowskiemu asystenturę przy katedrze chemii lekarskiéj na dalsze 2 lata.

* W skutek tegorocznego konkursu Towarzystwa Wzajem. Pomocy uczniów U. J. pierwszą nagrodę otrzymała praca Karlińskiego Justyna i Rosenbuscha Leona, Drandów medycyny, pod tytułem: „Zbadać na materyjale kliniki lek. w półroczu zimowém 1884/5 zachowanie się drobnowidowe kału we wszystkich przypadkach chorób żołądka i jelit“. Drugą nagrodę otrzymała praca Grossa Salomona, Dranda medycyny, pod tytułem: „Stwierdzić za pomocą odpowiednich przyrządów zachowanie się tętna i ruchów serca we wszystkich wadach sercowych w półroczu zimowém 1884/5 w klinice lek. leczonych z szczególném uwzględnieniem wpływu leków na serce działających“. Trzecią nagrodę otrzymały: praca Langiego i Steinkellera słuchaczów III r. medycyny pod tytułem: „Porównawcze doświadczenia w celu dokładnego ilościowego oznaczenia kwasu moczowego w moczu“.

* Na posiedzeniu Rady m. Krakowa odbytém d. 9 lipca na wniosek radzcy miejskiego Dra Kohna, poparty następnie i rozszerzony przez radzców prof. Zolla, Dra Warschauera i prezesa Majera Rada uchwaliła prawie jednogłośnie wyrazić fizykowi miejskiemu Drowi Buszkowi uznanie za sumienne gruntowne opracowanie sprawozdania za r. 1883, ogłoszonego niedawno drukiem, a o którém wspomnieliśmy w Przegl. Lek.

* Z *Kroniki Lekarskiéj* dowiadujemy się, że Dr. Julijan Kramsztyk odbył dwie lekcyje próbne celem otrzymania sto-

pnia docenta prywatnego chorób dziecięcych w Uniw. warszawskim, i że obie lekcyje uzyskały prelegentowi aprobatę Wydziału.

* W Rożnowie było dotąd gości 875, w Cieplicach czeskich 4.021, w Gainfarn 693, w Giesshüblu 254, w Luhaczowicach 658, w Szczawnicy 1377.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Graz.** Dziekanem na rok przyszły wybrany został prof. Blodig. — **Praga czeska.** Wydział krajowy zgodził się na urządzenie w zakładzie dla obłąkanych dwóch klinik psychijatrycznych. — **Getynga.** Prof. Merkel z Królewca przyjął ofiarowaną sobie katedrę po Henlem. — **Bonna.** Rektorem uniwersytetu wybrany prof. Binz.— **Berlin.** Mianowany w miejsce Frerichsa prof. Gerhardt urodził się w Spirze d. 5 maja 1833 r., nauki lekarskie ukończył w Würzburgu za rektorstwa Scanzoniego, poczém był asystentem przy katedrze anatomii, przez pół roku zastępcą asystenta przy Bambergerze, późniéj w Tybindze asystentem Griesingera a w r. 1860 docentem w Würzburgu; w r. następnym powołany został do Jeny, a w r. 1872 objął w Würzburgu katedrę po Bambergerze. — **Dorpat.** Docent prywatny Dr. Bunge powołany został jako profesor chemii lekarskiéj do Bazylei i wezwaniu uczyni zadość. — **Charków.** Prof. higijeny Jacoby przenosi się do Kazania.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. n. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Bogumił Bieńkowski z Mszanic w Galicyi i Aleksander Steuermark rodem z Działoszyc.

* **Nekrologjia.** W Gryfii umarł nagle prof. chirurgii Paweł Vogt, który przed paru laty dopiero objął katedrę po Hüterze. Zmarły liczył dopiero lat 41. — W Monachijum umarł nadzw. prof. farmakologii Boeck, w N. Yorku zaś b. prof. fizyjologii w Lugdunie Dr. Picard, uczeń Kl. Bernarda w 47 roku życia. W Pułtusku umarł Dr. med. Józef Wasiewicz (*Medycyna*).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 28: Neugebauera: Dwa przypadki pęknięcia ciał obcych śpiczastych z pomyślném zejściem. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 28: Kamockiego: Gruczolak naczyniówki zbłąkany; Chełchowskiego: Przypadek pierwotnego raka pęcherza moczowego; Kijewskiego: Sprawozdanie z sekcyj wykonanych w pracowni anatomo-patologicznéj (c. d.).

Piśmiennictwo lekarskie. HUFF Alb. Ueb. Febris recurrens. Nach Beob. in der Epidemie 1883—84 zu Riga. gr. 8. Mit 1 Curventaf. Dorpat, Karow. M. 1.50.

LÉPINE R. Die Fortschritte der Nierenpathologie. Deutsch v. Havelburg. Mit Vorw. v. Senator. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 5.

We Środę d. 22go t. m. odbędzie się posiedzenie **prywatne** Towarzystwa lekarskiego w Sali Akademii Umiejętności o godzinie 6téj w celu omówienia sprawy obchodzącéj wielu kolegów a poruszonéj przez kolegów Domańskiego, Jordana i Pareńskiego.

Na fundusz Kasy wsparcia Tow. lek. gal. złożyli Dr. Ulanowski z Lublina 3 rs. (=3 złr. 72 kr.), Dr. Krasuski z Nowo-Mińska 2 rs. (= 2 złr. 48 kr.).

Na fundusz portretu śp. prof. Kozubowskiego złożyli: Dr. Ulanowski z Lublina 2 rs. (= 2 złr. 48 kr.), Dr. Janczewski z Bychawy 1 rs. (= 1 złr. 24 kr.), Dr. Jentys z Lublina 1 rs. (= 1 złr. 24 kr.). Dr. Żański z Janowa 1 rs. (= 1 złr. 24 kr.), Dr. Krasuski z Nowo Mińska 1 rs. (= 1 złr. 24 kr.), co czyni razem z poprzednio złożonemi składkami kwotę 296 złr. 59 kr.

Do Nru dzisiejszego dołącza się ogłoszenie księgarni Gubrynowicza i Schmidta o wydaniu dzieł Mickiewicza.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolfa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 25 lipca 1885. **№ 30.** **Rok XXIV.**

TREŚĆ: I. SCHRAMM: O chirurgiczném leczeniu wola. (Dok.) — II. SZYMKIEWICZ: Z kazuistyki dentystycznéj. — III. *Oceny i sprawozdania:* GUTTMANN: O środkach przeciwgorączkowych. (Dok.) — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Odcinek:* SMOLEŃSKI: Fizyczne sposoby leczenia Kornelijusza Celsa. (C. d.) — V. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VI. *Wiadomości bieżące.*

I. O chirurgiczném leczeniu wola.

Wykład habilitacyjny **Dra H. Schramma**
asystenta kliniki chirurgicznéj.
(Dokończenie. Patrz Nr. 29).

Drugim zabiegiem operacyjnym używanym w leczeniu wola torbielowego jest szerokie otwarcie torbiela. Sposób ten, podany przez Becka, cieszy się jeszcze dzisiaj uznaniem wielu chirurgów, zwłaszcza z odmianą podaną przez Cheliusa, t. j. z przyszyciem ścian torbiela do skóry. Operacyja ta jest dosyć łatwa, a wykonywa się ją w ten sposób, że, oczywiście przy ścisłém postępowaniu przeciwgnilném, przecina się skórę wzdłuż torbiela, a doszedłszy do niego zakłada się kilka szwów spajających ściany jego z brzegami skóry, następnie rozcina się torbiel w całéj długości rany skórnéj i zaraz zespaja się dokładnie ściany torbiela ze skórą, przez co tamuje się także czasem dość znaczny krwotok ze ścian torbiela. Następnie wypłukuje się wnętrze torbiela, wprowadza się do jego jamy 2 lub 3 sączki i ranę zamyka się kilkoma szwami głębokiemi, lub też wypełnia się całą jamę gazą przeciwgnilną najlepiéj jodoformową, a postępowanie to zasługuje na pierwszeństwo zwłaszcza tam, gdzie z wnętrza torbiela mocno krwawi.

Niebezpieczeństwo, z jakiém dawniéj połączony był ten sposób operowania, mianowicie zropienie torbiela, zostało wprawdzie przez postępowanie przeciwgnilne usunięte, ponieważ jednak sposób ten nie chroni w zupełności od recydywy i ponieważ leczenie trwa dosyć długo, a ponieważ z drugiéj strony wyłuszczenie wola torbielowego jest zazwyczaj łatwe, przeto wielu chirurgów woli tę ostatnią operacyję. Inne używane dawniéj sposoby, jak przepalanie ścian torbiela środkami żrącemi według Sédillota lub zgniatanie go kleszczami podanemi przez Velleta, podobnie jak leczenie go za pomocą elektropunktury, zostały porzucone. Radziłbym więc Panom, w przypadkach odpowiednich, a więc posiadających wyżéj wzmiankowane warunki, wykonać punkcyję z następowém wstrzyknięciem jodu, w razie przeciwnym lub gdy pierwszy zabieg pozostał bez skutku polecić choremu wyłuszczenie torbiela.

Pozwólcie Panowie, że wspomnę jeszcze o jedném wskazaniu do nacięcia gruczołu tarczykowego: jest niém ropienie tego narządu, występujące bardzo rzadko samoistnie, częściéj jako przerzut w chorobach zakaźnych, najczęściéj po urazach miejscowych, np. po wstrzykiwaniach miąższowych. Ostry stan zapalny gruczołu prowadzi do nagłego obrzęku, a chory z powodu ucisku na tchawicę może się udusić, lub też ropienie szerzyć się może do śródpiersia i tym sposobem sprowadzić niepomyślne zakończenie sprawy. Widzicie więc Panowie, że zapalenie gruczołu tarczykowego jest chorobą ważną, a więc leczenie musi być energiczne; polega ono w samym początku choroby na stosowaniu zimna, najlepiéj jako zimna suchego, a więc worka lodowego lub przyrządu chłodzącego Leitera, przez który przepuszczamy wodę lodową. Jeżeli zaś mamy podejrzenie, że istnieje już ognisko ropne, należy wykonać punkcyję próbną, a gdy ta wykaże choć małą ilość ropy, należy natychmiast ropień, choćby jeszcze głęboki, otworzyć. W tym celu prowadzi się oczywiście cięcie warstwowe, a doszedłszy do miąższu gruczołu lepiéj jest w celu uniknięcia krwotoku torować sobie drogę narzędziami tępemi. Po otwarciu ogniska ropnego wprowadza się dość gruby sączek i leczy się chorego tak samo, jak przy głębokim ropniu w jakiémbądź inném miejscu.

Przechodzę obecnie do najważniejszéj części naszego tematu, t. j. do wyłuszczenia wola.

Niedawneto jeszcze rzeczy, bo ledwie przed 15 laty, poważni chirurgowie operacyję tę zupełnie potępili i nie dziw, bo według statystyki Liebrechta procent śmiertelności po téj operacyi wynosił 50, a nawet 70%. Dzisiaj, gdy dzięki poznaniu zasad przeciwgnilnego postępowania, gdy w skutek prac Billrotha, Kochera, Rosego, Brunsa, Maasa i innych, technika operacyjna została do wysokiego stopnia wydoskonaloną, tak że wyłuszczenie wola można dziś

19.

zaliczyć do operacyj typicznych, gdy procent śmiertelności spadł przy niepowikłanych operacyjach niżéj 5%, dziś zapatrujemy się na wyluszczenie wola z innego stanowiska i nikt pewnie nie pomyśli o tém, aby zabieg ten z pomiędzy operacyj chirurgicznych wykreślić. Mimo jednak tych zaiste świetnych wyników przystępujemy i dziś do téj operacyi tylko przy pewnych wskazaniach i nie posuwamy się tak daleko, jak np. Rose, który radził wyluszczyć każdy cokolwiek większy wól, a to jako środek zapobiegawczy przeciw niekorzystnemu wpływowi, jaki przerosły gruczoł tarczykowy wywierać ma na cały ustrój z powodu ucisku na tchawicę i utrudnienie oddechania. Do wyłuszczenia wola przystępujemy więc przedewszystkiém dopiero tam, gdzie inne łagodniejsze środki nie wystarczają lub gdzie przypadek jest tak daleko posunięty, że na stosowaniu ich nie można tracić czasu. Jeżeli więc chory przychodzi do nas z objawami bardzo znacznéj duszności, jeżeli znajduje się w ciągłém niebezpieczeństwie nagłéj utraty życia, bądźto przez zaciśnięcie zupełne zwężonéj już tchawicy lub przez porażenie mięśni krtaniowych, w takich razach wyłuszczenie wola, i to jak najwcześniejsze, stanowi niejako *indicatio vitalis*. To samo ma miejsce, jeżeli rozpoznamy nowotwór złośliwy, rozwijający się w gruczole tarczykowym, bo i w tym razie jedynym środkiem uratowania chorego od śmierci jest wyłuszczenie schorzałego gruczołu, a im wcześniéj to uskutecznimy, tém większe są szanse zupełnego i trwałego wyleczenia chorego.

Drugi rodzaj wskazówek jest taki, przy którym choremu nie grozi wprawdzie na razie żadne niebezpieczeństwo, gdzie jednak możemy wnioskować, że ono wcześniéj lub późniéj wystąpi. Ma to zaś miejsce tam, gdzie wól ma dążność rozwijania się ku głębi, gdzie występują już początki ucisku na tchawicę, objawiającego się dusznością przy silniejszych ruchach, przy schylaniu głowy, noszeniu ciężarów, chodzeniu pod górę itp. Jeżeli w takich przypadkach jod próbowany w różnych postaciach zawiedzie, wolno lekarzowi przystąpić do wyłuszczenia wola.

Największa różnica zdań chirurgów objawia się w odpowiedzi na pytanie, czy wolno operować ze względów czysto kosmetycznych, a więc tam, gdzie powiększony gruczoł tarczykowy oprócz oszpecenia nie sprawia żadnych innych dolegliwości. Zdaje mi się, że odpowiedź na to nie powinna być wprost przeczącą. Mogą bowiem zajść takie okoliczności, że uwolnienie chorego od oszpecającéj wady może być dla niego rzeczą nadzwyczaj ważną. Bardzo dobrze mam w pamięci młodą kobietę, która mimo kilkakrotnéj odmowy i przedstawienia jéj wszystkich niebezpieczeństw operacyi w barwach bardzo drastycznych, na klęczkach prawie prosiła ś. p. prof. Bryka, aby ją uwolnił od wola, który jéj wprawdzie nie sprawiał wcale żadnych dolegliwości, który jednak był przyczyną postradania korzystnéj służby. Zważywszy więc, że obecnie operacyja wola przedstawia względnie mało niebezpieczeństwa, zgodziłbym się w pewnych wyjątkowych przypadkach na wykonanie jéj nawet ze względów czysto kosmetycznych.

W najnowszych czasach przekonano się, że choroba Basedowa wcale nie jest przeciwwskazaniem do wyłuszczenia wola, owszem często wraz z usunięciem przerosłéj części gruczołu tarczykowego maleją i inne objawy choroby Basedowa.

Spostrzeżenia ostatnich kilku lat przekonały też, że wyłuszczenia całego gruczołu tarczykowego należy, o ile możności, unikać. Przekonano się bowiem, że oddalenie narządu tego, którego znaczenie dla ustroju jest dotychczas nieznane, wywołuje bardzo często ważne i ciężkie zmiany w całym organizmie, a mianowicie chorzy tacy podlegają czasem chorobie nerwowéj, tak zwanéj tetanii, lub też rozwija się u nich często ciężkie zaburzenie w odżywianiu i przychodzi u nich do swoistego charłactwa nazwanego przez Kochera *cachexia strumipriva*.

Pierwszą z tych chorób znacie Panowie z wykładów medycyny wewnętrznéj, gdyż pojawia się ona nietylko po wyłuszczeniu wola, lecz także z innych przyczyn. Nie będę się więc przy niéj zatrzymywał, powiem tylko, że nie spostrzegano jéj dotychczas po wyjęciu części gruczołu tarczykowego, że występuje ona najczęściéj po wyłuszczeniu całego wola u młodych dziewcząt, znacznie rzadziéj u mężczyzn, że pojawia się zazwyczaj na 2 lub 3 dzień po operacyi, że natężenie jéj może być rozmaite i czasem ogranicza się do charakterystycznych skurczów odnóg górnych, do objawu Trousseaua, czasem zaś kurcze ogarnąć mogą wszystkie mięśnie i znane są przypadki śmierci z powodu kurczu mięśni oddechowych. Trwanie téj choroby może też być różne, czasem ustępuje już po kilku lub kilkunastu dniach, czasem jednak utrzymuje się przez długie miesiące. Leczenie téj choroby polega tak samo jak w przypadkach tetanii samoistnéj na podawaniu leków kojących, głównie chloralu, a w przypadkach przewlekłych prąd stały przynosi znaczną ulgę.

Druga ze wspomnianych chorób występuje jedynie i wyłącznie po wyjęciu całego gruczołu tarczykowego. Choroba ta, na którą przed 2ma prawie laty zwrócili uwagę Kocher, Reverdin i Julliad, występuje dopiero w 2 lub 3 miesiące po operacyi, czasem upływa pół roku lub nieco dłużéj, nim się pokażą pierwsze jéj objawy. Polegają one na tém, że chory doznaje znacznego osłabienia. Każda nawet drobna robota męczy go, ztąd ruchy jego stają się powolne i ociężałe, ztąd niemożność wykonywania delikatniejszych robót i niechęć do pracy. Prawie równocześnie występuje obrzmienie twarzy, a mianowicie powiek i warg, a z tego powodu twarz nabiera wyrazu głupkowatego, apatycznego a występujące czasem obrzmienie języka i podniebienia miękkiego sprawia, iż mowa takich chorych jest powolna i niewyraźna. U osób młodych znajdujących się w okresie rozwoju zostaje często wzrost zupełnie powstrzymany.

Obrzmienie, występujące pierwotnie tylko na twarzy, rozszerza się potém na całą skórę, która staje się suchą, łuszczy się i traci właściwą sobie elastyczność. Włosy na głowie wypadają a chory przedstawia wybitny obraz matołka. W kilku przypadkach opisanych przez Baumgärtnera obrzmienie więzadeł głosowych było tak znaczne, że potrzeba było otworzyć tchawicę, aby chorego uratować od śmierci z zaduszenia.

Niekorzystny wpływ wyłuszczenia całego gruczołu tarczykowego objawia się u osób młodych także przez upośledzenie władz umysłowych, które nietylko się nie rozwijają, lecz nawet widocznie cofają się wstecz a w końcu operowany staje się zupełnym idyjotą.

Jaka jest ostateczna przyczyna téj przykréj choroby, tego jeszcze na pewne nie wiemy. Kocher odnosi ją do zmienionych stosunków krążenia w mózgu a to głównie z powodu następnego zaniku tchawicy i utrudnionego dostawania się tlenu do płuc. Podobnie Baumgärtner upatruje przyczyny charłactwa w niedostateczném oddechaniu z powodu zmian w unerwieniu krtani. Tłumaczenie to je-

dnak jest niedostateczne. Pomijając już bowiem tę okoliczność, że podobne zmiany w odżywianiu nie występują nigdy u osób, które nieraz przez długie miesiące cierpią na zwężenie krtani lub tchawicy z powodu blizn lub nowotworu, to przemawia przeciw temu i to spostrzeżenie, że pozostawienie choćby tak małéj części gruczołu, że ta ani na odżywienie tchawicy, ani na stosunki krążenia w mózgu z pewnością nie może mieć wpływu, przecie wystarcza, aby uchronić operowanego od następowego charłactwa.

Przypuszczenie Bardelebena, że charłactwo, występujące po wyłuszczeniu wola, jest tylko dalszym ciągiem objawów matołectwa, i że rozwija się ono nie w skutek lecz pomimo usunięcia wola, zdaje się, nie jest słuszne, dla tego że przed operacyją prócz powiększenia gruczołu tarczykowego nie ma często żadnych innych objawów jakiegokolwiek zboczenia w ustroju, a powtóre dla tego, że objawy matołectwa są bardzo różne od zajmującego nas tu charłactwa a najpodobniejsze do choroby zwanéj przez Charcota *cachexie pachydermatique,* łączącéj się bardzo często nie z powiększeniem lecz przeciwnie z zanikiem gruczołu tarczykowego.

Musimy więc przyjąć zdanie, że gruczoł tarczykowy ma jakieś swoiste działanie, polegające może na wytwarzaniu jakiéjś istoty potrzebnéj do prawidłowego odżywiania ośrodków nerwowych lub może przetwarzania gromadzących się ciał szkodliwych. Do przypuszczenia tego, do którego skłania się także Bruns i za którém przemawiają doświadczenia na zwierzętach wykonane przez Schiffa, Wagnera i Zesasa, uprawnia nas i to, że zmiany cechujące tę chorobę występują dopiero w jakiś czas po operacyi, a więc właśnie wtedy, gdy zboczenie krążenia w mózgu, jeżeli ono w ogóle było, powinno się już wyrównać. Rokowanie przy rozwijającém się charłactwie jest niedobre, gdyż u osób młodych nie możemy powiedzieć do jakiego stopnia choroba się posunie, nie mamy téż środka, aby ją w rozwoju powstrzymać lub ją wyleczyć.

Trzeciém powikłaniem wydarzającém się czasem po wyłuszczeniu wola jest porażenie krtani, występujące oczywiście zawsze, jeżeli nerw krtaniowy dolny, bądźto z powodu zawikłanych stosunków topograficznych, jakto może mieć miejsce przy wolach bardzo dużych, lub przy rozwijaniu się nowotworu złośliwego, bądźtéż przez nieostrożność został przecięty, a porażenie obejmować będzie jedno lub oba więzadła stosownie do tego, czy jeden czy oba nerwy zostały uszkodzone. Powikłanie to jest bardzo nieprzyjemne, a przy obustronném porażeniu nawet bardzo niebezpieczném, gdyż, pomijając już zupełny bezgłos, chory narażony jest na dostawanie się cząstek pokarmów do płuc i znanych już jest kilka przypadków śmierci z tego powodu.

Porażenie to może jednak wystąpić mimo że nerw z pewnością nie został przecięty, a objaw ten tłumaczy się przez zbytnie podrażnienie nerwu, bądźto mechaniczne podczas oddzielania go od gruczołu, bądźtéż chemiczne przez kwas karbolowy. Porażenie takie zazwyczaj ustępuje po pewnym czasie, czasem jednak pozostaje na zawsze. Rokowanie zależy głównie od przyczyny porażenia. Jeżeli mamy pewność, że nerw nie został przecięty, to możemy mieć nadzieję, że chory zostanie wyleczony, jeżeli nerw był przecięty, to porażenie zazwyczaj pozostaje na zawsze lubo po jednostronném porażeniu głos może się z czasem poprawić przez nadmierne niejako działanie więzadła zdrowego. W każdym razie najpewniejszym środkiem leczenia jest miejscowe stosowanie prądu galwanicznego. Inne niebezpieczeństwa grożące operowanym są te same, jak przy każdéj innéj ważniejszéj operacyi, tylko że powikłania w przebiegu rany są tu z powodu rozległych przestworów tkanko-łącznowych, bliskości wielkich naczyń i śródpiersia, niebezpieczniejsze niż przy ranach w innych okolicach ciała. Zapobiedz im można przez bradzo ścisłe postępowanie przeciwgnilne.

Przechodzę obecnie do wykonania operacyi. Wykonywamy ją oczywiście po uśpieniu chorego chloroformem, gdyż rada Reverdina, aby operować bez narkozy, nie ma żadnéj racyjonalnéj podstawy. Nie potrzebuję już zwracać uwagi Panów na to, że do operacyi téj wolno w ogóle przystępować tylko temu, kto zna i ma pod ręką cały aparat przeciwgnilny. — Technika operacyjna jest tak wysoko posunięta, że wyłuszczenie wola należy dziś do operacyj typicznych.

Co do cięcia skórnego to najlepiéj prowadzić je po wewnętrznym brzegu mięśnia mostko-obojczykowego téj strony, po któréj znajduje się wól, lub wybrać cięcie lekko kątowate idące od kąta szczęki dolnéj ku krtani, a ztąd na dół ku wcięciu mostkowemu. Cięcia płatowe są jako powikłane mniéj odpowiednie.

Po przecięciu skóry dochodzi się warstwowo do samego gruczołu, chwytając każde naczynie, które się nie da oszczędzić pomiędzy 2 podwiązki, tak aby krwotok był jak najmniejszy.

Doszedłszy do torebki gruczołu wyłuszcza się drogą tępą, najlepiéj palcami, górny róg gruczołu i podwięzuje wchodzącą doń tętnicę i żyłę tarczykową górną, które między 2ma podwiązkami przecinamy. Uwolniwszy w ten sposób płat górny odszukujemy nerw krtaniowy, przebiegający tuż koło saméj tchawicy. Odszukanie jego przedstawia nieraz znaczne trudności, zwłaszcza gdy nerw przewija się pomiędzy gałązkami tętnicy tarczykowéj dolnéj. Należy więc okolicę tę wypreparować czysto anatomicznie, dopóki nerw w całym swym przebiegu aż do miejsca wejścia do krtani nie zostanie zupełnie odsłonięty, gdyż tylko tym sposobem można z pewnością uchronić się od jego przecięcia.

Po wyszukaniu nerwu podwięzuje się tętnicę tarczykową dolną i żyły wychodzące z dolnego płatu, a następnie przecina się pasma tkanki łącznéj między gruczołem a przednią ścianą tchawicy. Doszedłszy do linii środkowéj chwyta się mostek gruczołu w silne kleszcze a w utworzonym rowku zakłada się silną podwiązkę katgutową, przed którą gruczoł się odcina. W ten sposób wyłuszcza się połowa lub mniejsza część gruczołu. Jeżeli powiększona jest i druga połowa, natenczas wolno jest wyciąć jéj część, byle pozostał kawałek dolnego lub górnego płatu, a to właśnie w celu uchronienia chorego od tetanii lub następowego charłactwa.

Baumgärtner, który jak wspomniałem, odnosi rozwój swoistego charłactwa do zaniku tchawicy i utrudnionego oddechania, radził oddzielić najpierw cały gruczoł od tchawicy a potém dopiero podwięzywać główne pnie naczyń jak najbliżéj gruczołu, a to w celu oszczędzenia jak największéj ilości naczyń idących do tchawicy. Czy mozolny ten sposób operowania jest w stanie zapobiedz następowemu charłactwu, jest wątpliwe już dla tego, że cała kwestyja zaniku tchawicy po wyłuszczeniu wola jest całkiem nieudowodnioną. — Ponieważ zaś doświadczenie stwierdziło, że tak tetanija jak charłactwo występuje jedynie po usunięciu całego gruczołu, przeto starać się musimy, aby zawsze pozostawić pewną część tkanki gruczołowéj, a możemy to uczynić tém śmieléj, że doświadczenia zrobione w klinice prof. Mikuli-

cza pouczają, że pozostawione części gruczołu wcale nie przeszkadzają bezpośredniemu gojeniu się rany, jak się tego dawniéj obawiano. Doświadczenie to poprowadziło téż w ostatnim przypadku do odmiennego sposobu operowania. Przypadek ten dotyczył kobiety 30-kilkoletniéj, cierpiącéj na chorobę Basedowa, u któréj cały gruczoł był mocno powiększony i oba płaty dolne sięgały nieco pod mostek, tak że wyjęcie jednéj połowy gruczołu nie byłoby z pewnością wystarczyło do usunięcia znacznéj duszności. W przypadku tym więc wyjął prof. Mikulicz prawie cały gruczoł, tylko wzdłuż przebiegu nerwu krtaniowego dolnego po obu stronach pozostały małe cząstki gruczołu. Operacyja w ten sposób wykonana jest mniéj mozolna, dla tego, że odpada odszukiwanie i oddzielanie nerwu krtaniowego, który téż zostaje zupełnie nieodsłonięty a więc nienarażony na szkodliwe drażnienie mechaniczne lub chemiczne i nie może być przecięty. Operacyja ta jest téż połączona z mniejszym krwotokiem, sam gruczoł bowiem, który przecina się po podwiązaniu go w małych pęczkach, zupełnie nie krwawi. W przypadku tym, mimo że pozostały tylko bardzo małe resztki gruczołu, nie wystąpiła ani tetanija ani charłactwo. Być może, że zupełne ochronienie nerwu krtaniowego od wszelkiego drażnienia wywiera także pomyślny skutek, że więc ten sposób operowania i z tego powodu zasługuje na pierwszeństwo przed dawnym. Jeszcze na jednę okoliczność muszę zwrócić uwagę Panów. Zdarza się czasem, zwłaszcza w przypadkach, w których istnieje zwężenie tchawicy, że podczas operacyi występuje znaczna duszność. Otóż w takim razie należy przez odciągnienie wola na zewnątrz rozszerzyć światło tchawicy, należy ustać cokolwiek z narkozą, byle tylko o ile możności uniknąć otwarcia tchawicy i do tego środka uciec się dopiero w chwili rzeczywistego i groźnego niebezpieczeństwa. Doświadczenie bowiem poucza, że procent śmiertelności w przypadkach operacyi wola połączonych z tracheotomiją jest 5 do 6 razy gorszy niż bez tego powikłania, oczywiście z powodu, że z chwilą otwarcia tchawicy przeciwgnilne gojenie się rany staje się niemożebne, gdyż śluz dostający się do świeżéj rany wywołuje w niéj rozległe i niebezpieczne ropienie. Po usunięciu wola oddech staje się swobodny i niebezpieczeństwo zaduszenia ustaje.

Po dokończeniu operacyi wymywa się całą ranę kilkakrotnie 3% kwasem karbolowym, zakłada się 2 lub 3 sączki w najgłębsze zaułki rany, którą zamyka się przez dwurzędny szew i obszerny opatrunek przeciwgnilny, obejmujący szyję, głowę i piersi.

Przy zachowaniu wszelkich ostrożności przeciwgnilnych tak przed operacyją jak i podczas niéj, przebieg gojenia bywa zazwyczaj zupełnie pomyślny, a po 10 lub 14 dniach chory jest na zawsze uwolniony od niebezpiecznego cierpienia.

II. Z kazuistyki dentystycznéj.

Napisał Dr. Szymkiewicz.

Na ostatnim Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie przedstawił Dr. J. Wolff dwóch pacyjentów, u których ubytki w podniebieniu zastąpiono t. zw. obturatorami. Wiadomo ze sprawozdań, o ile te przyrządy odpowiedziały swojemu zadaniu: co do mnie, widząc znakomity rezultat, zwłaszcza u przedstawionéj dziewczynki, która po wprowadzeniu obturatora głośno i wyraźnie, bez najmniejszego dźwięku nosowego, deklamować i śpiewać mogła, postanowiłem — zachęcony przez podówczas bawiącego w Berlinie prof. Mikulicza — oddać się w letniém półroczu wyłącznie obserwowaniu podobnych przypadków i wyrabianiu obturatorów pod kierunkiem prof. Sauera. Praca tego rodzaju, począwszy od zrobienia odcisku górnéj i dolnéj szczęki, aż do zupełnego wykończenia przyrządu idzie bardzo powoli, albowiem każdą śrubkę, każdą sprężynkę, odpowiednio do istniejących rozmiarów ubytku, własną ręką wykonać należy, ale wszystkie te trudności sowicie nagrodzone bywają pomyślnym rezultatem, który się prawie zawsze osiąga.

Nie mając zamiaru opisywać wszystkich, dotychczas przezemnie obserwowanych przypadków, których liczba, dzięki obfitemu materyjałowi, jakim nowootwarty Instytut dentystyczny w tutejszym Uniwersytecie rozporządza, stosunkowo dość jest znaczną, ograniczę się do opisania jednego z najważniejszych, który tém większe obudzał dla mnie zajęcie, iż każden zabieg połączony był z nader wielkiemi trudnościami tak, iż cały miesiąc upłynął, zanim pacyjent, zupełnie zadowolony ze swego przyrządu, mógł wrócić do swéj rodziny.

Anamnezę niniejszego przypadku zawdzięczam przeważnie opowiadaniu samego pacyjenta i jego rodziny, albowiem — rzecz dziwna — klinika chirurgiczna prof. Bergmanna, w któréj chory dwukrotnie był operowany, nie zanotowała nawet choćby krótkiéj historyi choroby! Na usilne zaledwie prośby otrzymałem, wygrzebaną z pamięci p. asystenta datę ostatniéj operacyi. A jednak anamneza niniejszego przypadku, którą z tego powodu tylko pobieżnie skreślę, może w wysokim stopniu obchodzić tak chirurga, jak i neuropatologa; dla mnie, jako dentysty, była ona ubocznéj wagi i o tyle tylko budziła moje zajęcie, o ile zadawałem sobie pytanie, jak długo pacyjent może korzystać ze swego przyrządu. Pod tym względem nie łudziłem się próżną nadzieją, albowiem nowotwór rakowy, który przyprawił chorego o utratę większéj połowy szczęki górnéj, zanadto już podkopał jego siły a oprócz tego utrzymujące się charłactwo i bóle, lokalizujące się w miejscu pierwotnéj choroby i odbierające pacyjentowi sen, który tylko po znacznych dawkach morfinu zwykł przychodzić, były pierwotnemi zwiastunami mającéj wkrótce wystąpić recydywy.

Początek choroby stanowiły nerwobóle w zakresie n. podoczodołowego prawego. Ponieważ użyte środki kojące nie przyniosły najmniejszéj ulgi, a bóle coraz bardziéj się potęgowały, przeto poddał się chory resekcyi tegoż nerwu, którąto operacyję wykonał prof. Bergmann z końcem stycznia b. r. Zabieg ten uwieńczony został względnie pomyślnym skutkiem, albowiem chory przez cztery tygodnie nie doznawał żadnych dolegliwości, ale z początkiem marca bóle wystąpiły znowu i to z większém nasileniem. Równocześnie zauważano wypuklanie się przodkowéj ściany jamy Highmora i zatkanie prawego przewodu nosowego obok zwiększającego się charłactwa. W dniu 10 marca br. wykonał Bergmann resekcyję prawéj połowy szczęki górnéj i stwierdził obecność nowotworu rakowatego, wychodzącego z prawéj jamy Highmora. Przebieg pooperacyjny był o tyle pomyślny, iż w krótkim czasie zagoiła się rana a równocześnie polepszyło nieco odżywienie, bóle ustąpiły prawie zupełnie i tylko zapadłe prawe skrzydło nosowe i prawa połowa górnéj wargi oraz blizna, zaciągająca prawe lice, były powierzchownemi objawami przebytéj operacyi. Ale dolegliwości wystąpiły teraz w innéj postaci. Chory skutkiem znacznego ubytku w szczęce górnéj nie jest w stanie żuć i należycie połykać pokarmów, mowa jego w wysokim stopniu

nosowa jest zupełnie niezrozumiałą, a ponieważ przy operacyi mięśnie zwierające szczęki po stronie prawéj doznały uszkodzenia, przeto lewe znajdują się w stanie tonicznego skurczu tak, iż chory zaledwie na palec jest w stanie bez sztucznéj pomocy oddalić zęby szczęki dolnéj od zębów w pozostałéj lewéj części szczęki górnéj. Za pomocą rozwieracza w postaci karbowanego klina może chory z wielkim trudem sprowadzić znaczniejsze rozchylenie szczęk.

Po przybyciu do kliniki prof. Sauera w d. 9 kwietnia b. r. okazuje pacyjent stan następujący: Mężczyzna, około 50 lat liczący, dobrze zbudowany, na twarzy wybitne objawy charłactwa nowotworowego. Na prawém licu, w okolicy kości jarzmowéj, widać dwie mocno zaciągające skórę, krzyżujące się blizny. Przez skórę wyczuć można brak dolnéj ściany oczodołu, kości i łuku jarzmowego, oraz prawéj połowy górnéj szczęki wraz z odpowiednim wyrostkiem zębodołowym aż poza skrzydło nosowe lewe, przez co odpowiednie części twarzy są zapadłe. Zęby szczęki dolnéj, przeglądające przez słabo rozwartą szparę ust, przedstawiają wzorowy łuk, a po usunięciu grubego pokładu kamienia winnego, w którym niejako stały zamurowane, okazują prócz naturalnego z wiekiem zeszlifowania powierzchni żucia, stósunki zupełnie normalne, tak pod względem kształtu i wielkości, jak barwy i układu. To samo da się powiedzieć o pozostałych zębach w górnéj szczęce. Okoliczność ta, cechująca silną niegdyś budowę pacyjenta, była poniekąd dość ważną i nieprzyjemną komplikacyją dla dentysty, o czém w dalszym ciągu nadmienię. Po rozwarciu przemocą jamy ust widać od góry pozostałe miękkie części prawego oczodołu, resztki lemiesza i muszle lewe, od strony lewéj zaś część twardego podniebienia począwszy od pierwszego zęba trzonowego małego, którego korzeń w całéj odsłonięty jest długości, w linii prostéj ku tyłowi wraz z odpowiednią częścią podniebienia miękkiego. Łuki podniebieniowe po téjże stronie zupełnie prawidłowe. Jama powstała ograniczona jest zatém od tyłu tylną ścianą gardziela, po stronie prawéj zaciągniętém licem, od góry i strony lewéj miękkiemi częściami prawéj gałki ocznéj, pozostałym kostnym szkieletem nosa oraz brzegiem utrzymanéj części twardego i miękkiego podniebienia. Od przodu zasłaniała ją zapadła górna warga. Błona śluzowa, wyścielająca tę jamę, obrzękła i zaczerwieniona, wydziela obfitą ilość gęstego śluzu, który rozkładając się sprowadza nader nieprzyjemne cuchnięcie oddechu.

Zadanie, jakie proteza w tym przypadku wytknąć sobie musiała, odnosiło się częścią do wypełnienia ubytku w szczęce górnéj, a tém samém do przywrócenia jéj utraconéj funkcyi, częścią do utrzymania aparatu w swojém położeniu, wobec tego iż pozostała reszta górnéj szczęki dawała bardzo mało punktów oparcia w tym celu. Co do pierwszego zadania zależało na tém, aby przez wypełnienie ubytku w kostnym szkielecie górnéj szczęki utworzyć z pozostałą jéj częścią całe twarde podniebienie, oraz aby połączyć ruchomo ten przyrząd z płytą, w któréj umocowane zęby służyłyby do żucia pokarmów stałych, umieszczone zaś w tylnéj części sztuczne miękkie podniebienie, w połączeniu z utrzymaną resztą naturalnego, wstrzymywałoby przejście pokarmów stałych i napojów, oraz powietrza do jamy nosa, a tém samém umożebniło prawidłowe połykanie i mówienie. A zatém chodziło:

1) o zrobienie bryłowatego ciała, któreby wypełniało ubytek w szczęce aż do granic twardego podniebienia, jednak bez wyrostka zębodołowego;

2) o wykonanie płyty z sztucznym wyrostkiem zębodołowym, opatrzonym zębami oraz sztuczném, z płytą tą stale połączoném *velum palatinum*;

3) o utrwalenie tych dwóch części w swojém położeniu.

Celem zadość uczynienia pierwszemu zadaniu, przystąpiono do zrobienia odcisku jamy. Wiadomo, iż jeżeli chodzi o wykonanie zwykłéj płyty z zębami, zdejmuje dentysta odcisk podniebienia, wprowadzając do jamy ust na odpowiednio zbudowanéj łyżce jakąś masę plastyczną, która po oziębieniu w krótkim czasie twardnieje. W opisywanym przypadku użycie podobnéj łyżki okazało się niemożliwém, częścią dla tego, iż takowe nie sięgają dość daleko w głąb jamy ust, przez co masa spływając z tylnego jéj brzegu drażniła korzeń języka i silne wywoływała odruchy w postaci odbijania, kaszlu itd., częścią dla tego, iż przy użyciu takiéj łyżki nie można było skontrolować, o ile masa ku górze wciśniętą została. Wszelkie zastósowane w tym celu rusztowania pod masę nie dawały również pomyślnego rezultatu. Dla tego obrałem inną drogę. Mianowicie ogrzawszy we wodzie pospolicie obecnie używaną masę Stenta (*Stents Abdruckmasse*), ułożyłem ją na palcach prawéj ręki w postaci pagórka i wsunąłem do jamy ust, napotykając przytém na bardzo znaczne trudności z powodu wyżéj wspomnianego słabego rozchylenia szczęk. Korzystając z powolnego stosunkowo twardnienia téj masy, wpychałem ją palcami, o ile się dało, ku górze, ku dołowi zaś ściśle zastosowałem ją do powierzchni istniejącego podniebienia. Na dłoni spoczywający nadmiar masy służył następnie jako rękojeść, za pomocą któréj mogłem cały odcisk po należytém stwardnieniu wyjąć z jamy ust. Pierwszy ten krok, od którego zależało całe dalsze postępowanie, powiódł się wreszcie po wielokrotnych próbach pomyślnie. Na otrzymanym odcisku uwydatniały się wszystkie części jamy aż do tylnéj ściany gardziela. Powierzchnię dolną należycie wygładzono i wyżłobiono tak, aby z resztą utrzymanego podniebienia utworzyć odpowiedni łuk podniebieniowy, mając przytém na względzie tę okoliczność, iż wzdłuż brzegu policzkowego będą późniéj umieszczone zęby, zatém brzeg ten musiał stać w należytéj od zębów dolnéj szczęki odległości. Od tyłu usunięto znaczną część masy tak, aby powierzchnia modelu odpowiadała brzegowi nozdrzy tylnych. Skoro ten utworzony model raz jeszcze wprowadzono do jamy ust pacyjenta, przekonano się, iż podniebienie twarde wraz z modelem stanowi jednostajny łuk i pacyjent nawet przy zamkniętych wargach swobodnie przez nos oddychać może. Należało tedy otrzymany model wykonać z kauczuku. Bryła taka wielkości pomarańczy, zrobiona z kauczuku, sprawiałaby jednak pacyjentowi wiele dolegliwości, głównie z powodu znacznego ciężaru i nie dałaby się łatwo utrzymać w swém położeniu. Wiele przeto na tém zależało, aby wewnątrz była próżną, a otoczona ile możności cienkiemi ścianami. Za dalekoby mnie zaprowadziło szczegółowe opisywania sposobu, w jaki osiągnięto cel pożądany, nadmienię tylko, iż w odlewie gipsowym wyścielono ściany jedną warstwą czerwonego kauczuku, używanego pospolicie do robienia płyt podniebieniowych, wzmacniając tylko te miejsca, w których ewentualnie mogła zachodzić potrzeba spiłowania nieco ściany, skutkiem ucisku na części otaczające, warstwą drugą. W górnéj części téj bryły znajdowała się maleńka metalowa kaniula, umocowana w kauczuku, a zamykana metalową śrubką. Tą drogą wypłukano po wulkanizowaniu delikatnie sproszkowany i w ciasto zarobiony pumeks, który jamę owéj bryły dokładnie wypełniał, przez co

otrzymano puszkę tak lekką, iż na powierzchni wody pływała. Dodać muszę, iż w miejscu odpowiadającém środkowi całego podniebienia znajdował się mały wyrostek, który wprowadzony w odpowiednie zagłębienie płyty, miał zapobiegać wzajemnemu przesuwaniu się tych części. W ten sposób pierwsze zadanie protezy dokonaném zostało, albowiem za pomocą otrzymanéj puszki wypełniono ubytek w górnéj szczęce i utworzono całe podniebienie twarde.

W dalszéj części chodziło o to, aby pod tym przyrządem zrobić płytę opatrzoną zębami a ku tyłowi przedłużającą się w wyrostek, naśladujący podniebienie miękkie. W tym celu wprowadzono do jamy otrzymaną puszkę i, podczas gdy asystent utrzymywał ją w należytém położeniu za pomocą odpowiednio zgiętego drutu, zdjęto odcisk całego podniebienia, używając przy tém wyżéj nadmienionéj masy Stenta i zwykłéj łyżki odciskowéj. Odcisk ten obejmował także istniejące zęby i brzeg zębowy puszki, a ku tyłowi sięgał nieco poza jéj brzeg gardzielowy. Równocześnie na tém posiedzeniu wyszukano sztuczne zęby, barwą i wielkością odpowiadające istniejącym.

Po zrobieniu modelu gipsowego według otrzymanego odcisku, wykonano z czerwonego kauczuku płytę, która na górnéj swéj powierzchni posiadała zagłębienie, odpowiadające wyrostkowi puszki; płytę tę opatrzono w sztuczne zęby, które osadzono w różowym kauczuku, aby naśladować zabarwienie dziąseł. Po stronie prawéj, pomiędzy pierwszym a drugim zębem trzonowym małym, wzmocniono złotą nasadką sprężyny *(Federhalter)*. Po lewéj wpuszczono w kauczuk półokrągły drut złoty, który płaską swą powierzchnią otaczając szyjkę ostatniego zęba trzonowego przechodził na zewnątrz i robiąc odpowiednie zgięcie wzdłuż szyjek utrzymanych zębów, przebiegał ku przodowi, kończąc się małą przylutowaną nasadką sprężyny w okolicy między pierwszym a drugim *dens bicuspidatus*. W sztucznie wypiłowanych rowkach pomiędzy ścieśnionemi zębami przebiegały łuki ze złotego druciku, które z jednéj strony przylutowano do zewnętrznego drutu, z drugiéj wpuszczono w płytę kauczukową. W środku tylnego brzegu płyty sterczał poziomy wyrostek, na którym przyrząd naśladujący podniebienie miękkie miał być umieszczony. Prowizorycznie robi się tego rodzaju przyrządy z gutaperki, która utrzymując dłuższy czas swoją plastyczność, pozwala otaczającym mięśniom przy połykaniu i mówieniu czynnym, odpowiednio się wyżłobić. Po niejakim czasie dopiero zastępuje się gutaperkę materyjałem trwalszym, t. j. kauczukiem. Tyczy się to wyłącznie ubytków w podniebieniu miękkiém, gdzie kształt obturatora zależy wyłącznie od działania otaczających mięśni. Przeciwnie ubytki w podniebieniu twardém nakrywa się zwykłą płytą kauczukową lub złotą, która jeżeli ściśle do brzegów otworu przylega, natenczas odpowiada w zupełności swemu zadaniu, wstrzymując przejście pokarmów i napojów oraz powietrza z jamy ust do jamy nosa. Przeciwnie obturator, zamykający w postaci czopa otwór w podniebieniu twardém, przyczyniałby się tylko do powiększenia ubytku, drażniąc ustawicznie jego brzegi i sprowadzając ich owrzodzenie. Na tę okoliczność zwrócił pierwszy uwagę Bourdet w r. 1756. Temi kilkoma słowy, które poniekąd odstępują od właściwego tematu, daję odpowiedź jednemu z lekarzy, który listownie żądał odemnie zrobienia obturatora z miękkiego kauczuku dla zamknięcia ubytku w podniebieniu twardém, podając tylko pobieżnie kształt owalny ubytku i jego rozmiary wzdłuż i w poprzek. Podobnie jak sumienny lekarz nigdy nie podejmie się listownego leczenia choroby, której osobiście nie zbadał, tak też i ja dałem odmowną odpowiedź w tém przekonaniu, iż żądany obturator nietylko nie odpowiedziałby swemu zadaniu, ale w wysokim stopniu byłby szkodliwym dla pacyjenta.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Guttmann: O środkach przeciwgorączkowych.

(Dokończenie Patrz Nr. 27).

W roku 1876 wszedł w użycie kwas salicylowy najprzód jako środek przeciw gośćcowi ostremu, późniéj zaś w ogólności jako środek przeciwgorączkowy. Lek ten podawany jednak w większych dawkach wywiera niekorzystny wpływ na żołądek i narząd słuchowy, nie działa w każdym przypadku gorączki pewnie i nie może być stósowanym w razie osłabienia czynności serca.

Kwasu karbolowego, kwasu krezotynowego, hydrochinonu i resorcynu używali tylko niektórzy lekarze. Wszystkie te środki nie są wolne od nieprzyjemnych działań ubocznych. Również chinolin nie dorównał działaniu chininu.

Filehne pierwszy uznał kairyn *(oxychinolinmethylhydrür)* za środek obniżający bardzo znacznie ciepłotę i zarazem tak pewnie, że chinin nie może iść z nim w porównanie. Dawka kairynu dla osiągnięcia silnego działania przeciwgorączkowego wynosi 0·5— 1 gramu podanego 2 lub 3 razy w odstępach jednogodzinnych. W przeciągu 3 godzin można tym sposobem sprowadzić najwyższą ciepłotę gorączkową do ciepłoty prawidłowéj ustroju. Obniżeniu ciepłoty towarzyszy obfite wydzielanie się potu. Kairyn posiada jednak strony ujemne, a mianowicie: 1) obniżenie ciepłoty trwa tylko krótko, najwyżéj 2 do 3 godzin, poczém ciepłota wznosi się na pierwotny poziom, 2) wśród podnoszenia się ciepłoty występują silne dreszcze a czasem zapad sił.

O wiele ważniejsze stanowisko między lekami przeciwgorączkowemi zdobył sobie antipyryn. Jeszcze rok bowiem nie upłynął, odkąd pierwsze wiadomości o działaniu tego leku ogłosili Filehne i Guttman a już środek ten wszedł w użycie nie tylko w Niemczech ale także w innych państwach Europy, a nawet Ameryki. Antipyryn odpowiada w ogólności wszelkim wymaganiom terapeutycznym, a mianowicie obniża pewnie ciepłotę, obniżenie ciepłoty jest znaczne, stopień obniżenia ciepłoty można już z góry oznaczyć według dawki leku, obniżenie ciepłoty trwa długo a lek jest wolnym od nieprzyjemnych działań ubocznych. Autor wypowiada powyższe zdanie na podstawie 297 przypadków, w których używał antipyrynu. Największą liczbę przypadków stanowi dur brzuszny 58, następnie suchoty płuc 53 i zapalenie płuc 45. Reszta przypada na ostre zapalenie stawów 17, odrę 16, błonicę 11, zapalenie opłucny 10, różę 10, płonicę 9, zapalenie tkanki podskórnéj 9, ospę 5, zimnicę 5, zapalenie oskrzeli 4, zapalenie tkanki okołomacicznéj 4, zapalenie migdałków 4, oparzenie 3, otok ropny piersiowy 2, poronienie 2, dur powrotny 2, ostrą gruźlicę 2, zapalenie osierdzia 2, ropne zapalenie stawu 2, ostre zapalenie otrzewny 2, zapalenie szpiku kostnego 2, gorączkę połogową 2, ropnicę 1, ostre zapalenie pęcherza 1, ostre zapalenie osłon mózgowych 1, ostre zapalenie nerek 1, zapalenie ucha środkowego 1, ropień 1.

W szczególności czyni autor następujące uwagi: Wśród wysokiéj nawet gorączki wystarczają nawet 2 dawki dwu-

gramowe podane w przerwie jednogodzinnéj do znacznego obniżenia ciepłoty. Ciepłota opada w ciągu kilku godzin o $1\frac{1}{2}$—2 lub nawet więcéj stopni. Ostre choroby zachowują się względem środków przeciwgorączkowych różnie, a przedewszystkiém zależnie od okresu swego rozwoju. W gorączce wysokiéj ciągłéj działają leki przeciwgorączkowe w ogólności mniéj, niż w tych okresach choroby, kiedy występują silniejsze różnice między najwyższą a najniższą ciepłotą dzienną. Oprócz tego uwydatnić należy, że niektóre choroby, n. p. dur powrotny i zapalenie płuc, są nadzwyczaj oporne względem środków przeciwgorączkowych. Mimo to jednak można i w tych chorobach przez podanie sporych dawek antipyrynu (4—6 gr.) obniżyć znacznie ciepłotę. Wyjątkowo działanie leku było niedostateczne. W innych chorobach, a mianowicie w późniejszym okresie duru brzusznego lub w suchotach płuc, wystarczają już mniejsze dawki (1 lub 2 gr.), aby sprowadzić obniżenie ciepłoty. Wśród wysokiéj gorączki najodpowiedniéj jest podać odrazu 2 gr. naraz, a po godzinie znów 2 gr., a w razie jeżeliby ciepłota już dość znacznie opadła tylko 1 gr.

Obniżeniu ciepłoty towarzyszy zazwyczaj mniéj lub więcéj obfite wydzielenie potu i prawie zupełna euforyja. Obniżenie ciepłoty jest najsilniejsze w 5 godzin po podaniu 2 do 3 dawek antipyrynu—na tym stopniu utrzymuje się przez krótki czas, poczém znów zaczyna się ciepłota podnosić lecz bardzo zwolna tak, że przynajmniéj 5—6 godzin (a czasem więcéj do 18) upłynie, zanim ciepłota wzniesie się do pierwotnego poziomu gorączkowego. Jeżeli więc poda się antipyryn około południa lub w pierwszych godzinach po południu, to obniżenie ciepłoty trwa do nocy, a następnego przedpołudnia dochodzi ciepłota zwolna do téj wysokości, jaką posiadała dzień przedtém o téj porze. Wśród wznoszenia się ciepłoty nigdy nie występują dreszcze. Czasem pojawia się u chorych leczonych antipyrynem wysypka podobna do wysypki odrowéj i to jużto na poszczególnych tylko miejscach, jużtéż na szerszéj przestrzeni lub nawet na całém ciele. Wysypka sprawia czasem słabe swędzenie skóry a znika zwykle wkrótce. Dzieci znoszą również wcale dobrze antipyryn w dawkach półgramowych. Czasem wstrzykiwał autor podskórnie antipyryn u dzieci. W 1 gramie wody rozpuszcza się 0·7 gr. antipyrynu. Jedna lub dwie strzykawki Pravaza tego leku wystarczają do obniżenia ciepłoty.—Wstrzykiwania podskórne są rzadko kiedy konieczne, zazwyczaj podaje się antipyryn w opłatku lub rozpuszczony w wodzie albo téż w winie. Barwa moczu nie zmienia się wcale po użyciu antipyrynu, podczas gdy używanie kairynu nadaje moczowi barwę brunatno zielonawą.—Zimnicy antipyryn nie usuwa, zmniejsza tylko ciepłotę wśród napadu zimniczego, gdy tymczasem jest w stanie wywrzeć korzystny wpływ na przebieg ostrego zapalenia stawów, nie wliczając w to obniżenia ciepłoty. W jedném przypadku po użyciu 5 gr. antipyrynu ustąpiły bóle wśród 24 godzin ze wszystkich stawów, zajętych sprawą zapalną. Również w przewlekłém zapaleniu stawów zdaje się antipyryn korzystnie działać.

W najnowszych czasach polecił J a k s c h nowy środek przeciwgorączkowy pod mianem t a l i n u (*Tetrahydroparachinasol*). Dawka $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ gramowa tego leku obniża ciepłotę znacznie wśród wydzielania się potu. Obniżanie się ciepłoty występuje już w pierwszéj godzinie po użyciu talinu i osiąga w ciągu 3—4 godzin swe maximum. W krótce jednak zaczyna się znów ciepłota podnosić i to czasem wśród silnych dreszczów. Autor podając lek ten w 10 przypadkach mógł stwierdzić prawdziwość wyników podanych przez J a k s c h a. Ze względu, że talin ma wielkie podobieństwo w swém działaniu do kairynu, rokuje autor i temu nowemu lekowi taki sam los, jaki spotkał kairyn.

Na podstawie porównawczego zestawienia powyższych leków przychodzi autor do przekonania, że o b e c n i e a n t i p y r y n j e s t n a j p e w n i e j s z y m i n a j d z i e l n i e j s z y m ś r o d k i e m p r z e c i w g o r ą c z k o w y m, który odniósł zupełne zwycięstwo nad chininem (*Berl. klin. Wochenschrift* 1885. Nr. 24, 25). *Dr. Prus.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω **Ichtyolen w gośćcu stawowym przewlekłym.** Dr. Lorenz na podstawie orzeczenia Liebreicha i Langgaarda, że ichtyol ma działać dobrze w gośćcu stawowym i mięśniowym, użył tego środka w kilku przypadkach przewlekłego gośćca stawowego, w których tak kwas salicylowy, jak i jego sole, również jak i jodek potasu, *tra colchici, aconiti* itd. zawodziły. We wszystkich przypadkach nastąpiła odrazu po zastosowaniu tego leku znaczna ulga, a po średnio 2-tygodniowém leczeniu zupełne wyleczenie. Lorenz stwierdził również, ze ichtyol posiada znakomite własności antiflogistyczne, kojąc szczególniéj bóle. Z dobrym skutkiem w tym względzie stosował L. ichtyol w *panaritium* i *mastitis*. Bez skutku zaś pozostało użycie ichtyolu w nerwicach. Ichtyol stosuje się zewnętrznie albo w postaci maści z waseliną $\bar{a}\bar{a}$ lub téż w postaci zawiesiny wodnéj, albo wreszcie można ichtyolu użyć czystego, zmywając skórę przed każdorazowém użyciem mydłem i ciepłą wodą. (*D. med. Wochenschrift*, 1885, Nr. 23).

(S.) Przypadek **gośćca rzeżączkowego w następstwie śluzotoku ropnego spojówek** obserwował Dr. Lukas, jak o tém donosi jeden z ostatnich Nrów *Brit. med. Journ.* Dotyczył on noworodka 18-dniowego, którego matka na krótki czas przed porodem cierpiała jeszcze na ropny gęsty wypływ z pochwy. Badanie wykazało obok obuocznego śluzotoku ropnego, zapalenie stawu kolanowego lewego, tudzież zapalenie torebki maziowéj stawu nadgarstkowego z téjże samej strony, jak to zdradzało wybitne chrupienie i ból przy ruchach. Sądzi więc Dr. L., że rozchodziło się tu o gościec rzeżączkowy, jako przerzut śluzotoku ropnego spojówki, podobnie jak to ma miejsce w rzeżączce cewki moczowéj. Rzadkość takich przypadków tłumaczy Dr. L. rzadkością śluzotoku ropnego w rzeżączce w ogóle (1:100) z drugiéj zaś strony tém, że i rzeżączka dość rzadko wywołuje zapalenie stawów. (*Wien. med. Blätt.*, 1885, Nr. 27).

(S.) **O zaraźliwości plwocin gruźliczych.** Ciekawy przyczynek doświadczalny do téj kwestyi podali świeżo pp. Sizena i Pernice (*Gazz. degli Osp.*, 1885, Nr. 25). Badania tych autorów stoją w pewnéj sprzeczności z przyjętém powszechnie zdaniem, wedle którego plwociny stanowią główne ognisko zakaźne gruźlicy. Zarówno oddechanie powietrzem przechodzącém przez flaszkę napełnioną plwocinami, w których znajdowała się masa prątków gruźliczych, jak przebywanie zwierząt w atmosferze wyschłych na słońcu i rozpylonych plwocin gruźliczych, pozostawało bez wpływu na króliki i świnki morskie użyte do doświadczeń. Zwierząt przybywało, rzecz dziwna, na wadze, a sekcyja nie wykazywała ani śladów gruźlicy. W kroplach płynu powstałego przez parowanie plwocin gruźliczych pod zamkniętym kloszem, nie mogli autorowie wykazać ani prątków gruźliczych, ani tém mniéj działania zakaźnego po wstrzyknięciu zwierzętom. Nawet po poprzedniém zadrażnieniu błony śluzowéj tchawicy 1% rozczynem azotanu srebrowego nie można było przez wstrzy-

knięcie wysuszonych i w wodzie rozpuszczonych plwocin gruźliczych do tak zadrażnionych dróg oddechowych wywołać śladów gruźlicy. Na dowód jednak, że przecie plwociny posiadają własności zakaźne, wykazały kontrolujące doświadczenia z temi samemi co powyżéj plwocinami, że wstrzyknięcie tychże do jamy brzusznéj wywoływało absces w otoczeniu, przechodzący następnie we wrzód gruźliczy, przyczém takie same wrzody gruźlicze powstawały i w kiszkach. Materyjał zaś z tych sztucznych ognisk przeszczepiony daléj wywoływał podobne zmiany. (*Wien. med. Blätt.*, 1885, Nr. 27).

(S.) **Statystyka gośćca stawowego.** Edlefsen, opierając się na licznym materyjale statystycznym z polikliniki w Kielu, podaje ciekawe daty dotyczące etyjologii ostrego gośćca stawowego. Z ogólnéj sumy przypadków od r. 1861—1884 obejmującéj 845 leczonych bądź w klinice, bądź poza nią, przypadał najwyższy procent, bo 37·7%, na pierwsze miesiące wiosny, najniższy na drugą połowę lata (28·1%). Wahania średniéj ciepłoty miesięcznéj nie wpływały wcale na liczbę przypadków gośćca. Natomiast ujawniał się dość stale związek z ilością opadów atmosferycznych, a to w stosunku odwrotnym, t. j. ilość przypadków gośćca rosła z obniżaniem się średniéj wysokości opadów i na odwrót. Charakter epidemiczny choroby ujawniał się wybitnie występowaniem gromadném w pewnych zwłaszcza domach i to nienowych, jakby można przypuszczać, ale owszem najstarszych. E. uważa zatém ostry gościec stawowy za chorobę infekcyjną, tak samo jak to dziś przypuszczamy o zapaleniu płuc. — Wyniki te potwierdzili Jürgensen z Tybingi i Friedländer z Lipska opierając się na własnych spostrzeżeniach. Pierwszy zwraca szczególną uwagę na charakterystyczny przebieg gorączki, towarzyszącéj komplikacyi gośćca, zapaleniu śródsierdzia: zauważa niekiedy nieznaczne wzniesienia, wieczorne intermisyje. Czas wylęgania ocenia ostatni na 5 dni w przybliżeniu. (*Wiener med. Blätter*, 1885, Nr. 26).

IV. Fizyczne sposoby leczenia Kornelijusza Celsa.

Podał **Dr. Stanisław Smoleński** w Jaworzu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Balneum ma znaczenie rozleglejsze niż nasza kąpiel, obejmuje bowiem zwykle różne zabiegi wodne, którym kolejno się poddawano. Dla lepszego zrozumienia rzeczy przypominam tutaj części składowe łaźni rzymskiéj, bo do nich odwołuje się Cels prawie ciągle.

Obydwa oddziały dla mężczyzn i dla kobiet mieściły w sobie prócz rozbieralni (*spoliatorium, apodyterium*): 1) chłodnię (*cella frigida, frigidarium*) ze zbiornikiem wody zimnéj czyli pływalnią (*natatio, natatorium*); 2) cieplarnię (*tepidarium*), t. j. łaźnię prawdopodobnie suchą; 3) parnię (*calidarium*) zawierającą prócz zbiorników wody ciepłéj (*alveus*) i zimnéj (*labrum*) osobną łaźnię parową (*sudatio*) i łaźnię suchą (*laconicum*). Prócz tego była mazalnia (*unctuarium*), w któréj *unguentarii* namaszczali olejkami, *tractatores* i *fricatores* mięsili i nacierali i t. d.

Otóż kąpiel znaczyła po większéj części poddawanie się kolejno różnym zabiegom w wyliczonych oddziałach łaźni rzymskiéj. Uwydatnia się to w wielu ustępach dzieła Celsa. Tak np. w osłabieniu głowy zaleca: Gdy chory przyszedł do kąpieli (*in balneum venit*), to ma najprzód w cieplarni (*tepidarium*) pod odzieniem (*sub veste*) zapocić się i namaścić, następnie przejść do parni (*calidarium*) i tam się pocić; do wanny [1]) nie schodzić, lecz oblać się po głowie wielką ilością wody ciepłéj, potém letniéj nareszcie zimnéj, w końcu obetrzeć się i namaścić (I. 4).—Po nadmiernem zmęczeniu radzi, jeżeli można, użyć kąpieli (*si balneum est*), przedewszystkiém siedzieć w cieplarni i spocząwszy nieco wejść i zstąpić do wanny, następnie obficie oliwą się namaścić, lekko potrzeć, nanowo do wanny zstąpić, potém zwilżyć twarz wodą ciepłą, później zimną i t. d. (I. 3). Kto się wyparzył na słońcu, ma natychmiast pójść do kąpieli (*in balneum eundum est*), oblać oliwą głowę i ciało, następnie zstąpić do wanny dobrze ciepłéj, potém obficie polewać się po głowie wodą najpierw ciepłą, następnie zimną (I. 3).

Co do wanien (*solia*) to w nich prócz powyższych miejsc jeszcze jest wzmianka II. 17. (*in solio desidendum est*), daléj III. 6, gdzie celem zwiotczenia ciała w gorączkach radzi Cels zaprowadzić chorego do kąpieli, najpierw spuścić do wanny, potém namaścić, znów do wanny powrócić, obficie wodą pachwiny polewać a niekiedy i mięszać w wannie oliwę z wodą ciepłą, tudzież III. 12, gdzie dla rozpędzenia dreszczu w gorączkach każe chorego sprowadzić do kąpieli i starać się, aby przez czas dreszczu pozostawał w wannie, co często rozprasza dreszcze. Podobnie w suchotach poleca od czasu do czasu wsadzać chorego do wanny, w któréj jest woda ciepła z oliwą (III. 22.).

Balneum więc wyrażało głównie użycie wody ciepłéj a i wanny tylko ciepłą zawierały, co dopiero czyni zrozumiałém powiedzenie Celsa: *prodest etiam interdum balneo, interdum aquis frigidis uti* (l. 2). Gdzie chce wyrazić kąpiel zimną, inaczéj mówi, np. w żółtaczce każe w zimie używać kąpieli a w lecie zimnego zbiornika wody (III. 24).

Dopiero po użyciu *balneum* stosowano zwykle i wodę zimną, jakeśmy już widzieli, mianowicie w postaci polewań itp. Komu było w kąpieli za gorąco, rzeźwił się trzymając w ustach ocet lub wodę zimną (I. 3). Asklepiades nie radził po kąpieli pić wody zimnéj; Cels przyznaje, że to niekorzystnie działa u tych, którzy mają wypróżnienia łatwe i niepewne i łatwo dostają dreszczu; w innych przypadkach zaś pozwala, bo jestto bardzo naturalném, aby rozgrzany żołądek chłodzić a ziębnący ogrzewać—z wyjątkiem pocących się (I. 3).

Kąpiel wskazaną jest w wielu chorobach przewlekłych: w bólach głowy, w żółtaczce, w tężcu (*in calidum oleum totum descendere* IV. 3), w cholerze, w biegunce (gdy się uspokoi, iść do kąpieli, silnie ciało prócz żołądka nacierać, ogrzewać przy ogniu lędźwie i łopatki), w nadmiernem moczeniu (rzadko i nie długo w niéj siedzieć; gdy mocz gęsty dłużéj, dla gojących się ran rzadko). W wściekliznie przeciw wodowstrętowi radzi Cels tak: Jedyna pomoc w tém, aby chorego niespodzianie do niepostrzeżonego przezeń zbiornika wody zimnéj (*piscina*) rzucić i skoro nie umie pływać, to mu się pozwolić zanurzyć i pić wodę, to go podnosić, a jeśli umie pływać, to go od czasu do czasu zepchnąć pod wodę, aby gwałtem się opił; tym sposobem można usunąć razem i pragnienie i wodowstręt; aby po takiéj kąpieli zapobiedz kurczom, każe natychmiast ponieść chorego do ciepłéj oliwy (V. 27).

Mówiąc o leczeniu gorączek powiada: Nie dość zaiste jest zwracać lekarzowi uwagę na same tylko gorączki, lecz powinien uważać na zachowanie się całego ciała i do niego leczenie stósować, bo albo jest jeszcze zasób sił, albo

[1]) Wanny (*solia*) napełniano wodą ciepłą z trzech coraz wyżéj umieszczonych zbiorników o różnéj ciepłocie wody.

ich nie dostaje, albo przyłączają się jakieś niebezpieczne przypadłości. W gorączkach zaraźliwych radzi wcześniéj niż w innych używać kąpieli—*nam quo celerius eiusmodi tempestates corripiunt, eo maturius auxilia, etiam cum quadam temeritate, rapienda sunt* (III. 7). W zastarzałéj zimnicy codziennéj próbować po napadzie kąpieli, w zimnicy czwartaczce zapobiegać dreszczowi kąpielą, a następnie namaścić i silnie nacierać, majaczących kąpać w wodzie z oliwą i polewać głowę wodą zimną.

W licznych przypadkach Cels przestrzega od używania kąpieli. Jako środek zapobiegawczy jest ona wątpliwéj wartości, w czasie panującéj zarazy zaś szkodliwą. Równie niepotrzebną lub szkodliwą jest w suchotach już rozwiniętych, w padaczce (ponieważ rozgrzewa), w trzęsieniu nerwowém, w sapce i nieżytach górnych dróg oddechowych, w krwiopluciu, w niestrawności i zapaleniu kiszek cienkich, w zapaleniu oczu. W obrażeniach stawów, gdy rana nie dość jest czysta, kąpiel należy do rzeczy najszkodliwszych, bo czyni ją obrzękłą i cuchnącą, z czego mógłby się rak rozwinąć; w zgorzeli zaś nie wolno używać wody ciepłéj, aby nie poruszać ropy i rany nie zwiększyć.

Znane były także i kąpiele częściowe. Np. po zmęczeniu kąpiel gorąca niestósowna; kto zmęczywszy się bliskim jest gorączki, niech raczéj w miejscu ciepłém spuści się aż do pachwin do wody ciepłéj z domieszką oliwy a następnie niech całe ciało a szczególnie te części, które były zanurzone w wodzie, lekko przeciera oliwą z trochą wina i startéj soli (I. 3).—Odpowiada to dzisiejszéj półkąpieli. Częściéj jest mowa o kąpieli nasiadowéj: W cierpieniach dolnych części kiszek każe Cels dla uśmierzenia parcia siadać w wodzie ciepłéj, dla tamowania krwotoku po wycięciu kamienia moczowego w occie. Nasiadówki w wodzie ciepłéj poleca w chorobach nerek, w krwawnicach, przeciw glistom itp.—Jest także mowa o kąpieli nożnéj, gdy u podagryków ból jest wielki bez obrzmienia, każe zawarzyć wody morskiéj, wlać ją do miednicy i ile tylko chory wytrzymać może, niech zanurzy do niéj stopy. Używano i różnych innych kąpieli częściowych: w zapaleniach stawów np., gdy jest obrzmienie i ciepłota podwyższona, poleca środki oziębiające i w tym celu radzi trzymać stawy w wodzie jak najzimniejszéj, ale nie codziennie ani długo to robić, *ne nervi induresсant.* (IV. 24).

6) Zabiegi napotne. Pot można w dwojaki sposób wywołać: za pomocą suchego ciepła i za pomocą kąpieli (II. 17).

a) Suche ciepło mamy w ciepłym piasku, w łaźni suchéj (*laconicum*), w piecu piekarskim (*clibanum*) i w niektórych łaźniach naturalnych (*naturales sudationes*), do których zalicza cieplice w Bajae, choć tamże *a terra profusus calidus vapor* był właściwie parą wodną: prócz tego przytacza wywoływanie potów przez ciepło słoneczne i ćwiczenia a niekiedy używa w tym celu i otuleń suchych. Suche łaźnie uważa Cels za pożyteczne, ilekroć w ciele wilgoć szkodzi, którą rozprowadzić trzeba, tudzież w niektórych chorobach nerwów. Ciepła słonecznego i ćwiczeń radzi używać w tym celu jedynie u silniejszych i to tylko wtenczas, gdy nie gorączkują, znajdują się w początkach choroby lub gdy lekko chorują.

Dość często każe się Cels pocić a przynajmniej zapacać w cieplarni (*tepidarium*). Nie wiadomo na pewno, ale zdaje się, że byłato łaźnia sucha. Przemawiają za tém najprzód okoliczność, że *tepidarium* ogrzewano od spodu (*hypokaustum*), tudzież niektóre uwagi Celsa. Gdy np. zmęczonym radzi w braku kąpieli namaścić się i pocić w ciepłém miejscu, na słońcu lub przy ogniu, a gdy jest kąpiel, przedewszystkiém siedzieć w cieplarni (*in tepidario residere*), to zdaje się, że rozumie tu przez *tepidarium* łaźnię suchą, pokrewną swém działaniem poceniu się na słońcu lub przy ogniu. Gdzieindziéj autor powiada: gdy człowiek cierpiący osłabienie głowy przyjdzie do kąpieli, ma najprzód trochę zapocić się pod odzieniem w cieplarni, tam się maścić a potém przejść do parni (*calidarium*), aby tam się do reszty wypocić, następnie wejść do wanny i t. d. Widoczną tu Cels robi różnicę między zapacaniem się w *tepidarium* a wypacaniem się w *calidarium*, a że przez *calidarium* rozumiano przedewszystkiém łaźnię parową, prawdopodobném więc jest, że w *tepidarium* pocono się w powietrzu suchém i to zwykle *sub veste*, tak jak w *laconicum*.

W suchéj łaźni (*laconicum*, bo miano ją pierwotnie zaprowadzić w Sparcie) poleca Cels po zziębnięciu siedzieć zawinąwszy się aż do zapocenia (*opus est in laconico involuto sedere, donec insudet*), również tamże pocić się opuchłym, którzy i w ciepłym piasku pocić się mogą. Do grupy łaźni suchych liczy Cels także piec piekarski (*clibanum*) i jak się rzekło cieplice w Bajae, zalecając obydwa sposoby opuchłym, którzy *omnem humorem* unikać mają. Jako środki ułatwiające wydzielanie potu służyć mogą także praca i nacierania, które Cels poleca w słoniowaciznie. W trzęsieniu nerwowém zakazuje łaźni suchéj (*assas sudationes*); w duszności każe obficie nacierać, szczególnie części dolne, na słońcu przy ogniu, samemu lub przez kogo innego, aż do wystąpienia potów.

Widziliśmy, że w *tepidarium* i *laconicum* pokrywano i zawijano chorego odzieniem dla wzmożenia potów. Zabiegu tego (możemy go po dzisiejszemu nazwać otuleniem)—używano w pewnych razach samodzielnie w leczeniu gorączek, co tém ważniejsze, że Cels w ogóle nie pozwala gorączkujących pętać *multis vestimentis*, lecz tylko lekkiém nakryciem ich zasłaniać Otóż w czasie najwyższego wzrostu gorączki radzi przykryć chorego dobrze odzieniem (*multa veste operiendus*) aby sprowadzić sen, *per quem ingens sudor effunditur*, co jest najprzedniejszą pomocą; przestrzega jednak aby środka tego używać tylko tam, gdzie prócz gorączki nie ma ani bólów ani obrzmienia w podżebrzach, ani jakiéjś przeszkody w płucach lub gardle itd. Przytacza także z dawniejszych (*apud antiquiores*) niejakiego Petrona, który gorączkujących okrywał wielu szatami, aby razem i silne ciepło i pragnienie wywołać i kazał pić wodę zimną aż do wystąpienia potów.

Komuby, powiada Cels, zbytnie gorąco w kąpieli szkodziło (omdlenie), zawinąć go starannie w liczne szaty, aby zimno do niego nie dochodziło—i tak ma się pocić.

b) Drugi sposób wywoływania potów polega na działaniu ciepła wilgotnego; Cels zalicza go do kąpieli (*balneum*). Autor nasz powiada, że użycie kąpieli w celach napotnych dwojakie może mieć zadanie: albo po usunięciu gorączki ma ona umożebnić lepsze żywienie się i powrót do sił albo ma usunąć samą gorączkę. Stosuje się ją także, gdzie powierzchnię skóry chcemy zwiotczyć, odciągnąć wilgoć zepsutą i zmienić zachowanie się ciała. Dawniejsi lekarze oględniéj się nią posługiwali, Asklepiades śmieléj. Pożyteczność jéj lub szkodliwość zależy od pory. Jeżeli gorączka zwykła się pojawiać okresowo, co trzeci lub czwarty dzień, można w dniach bezgorączkowych bezpiecznie używać

kąpieli, równie w gorączkach powolnych, byle nie było bólu, obrzmienia lub stwardnienia w podżebrzach, język nie był suchy, nie było bólu narządów wewnętrznych lub głowy i byle gorączka nie wzrastała. W gorączkach okresowych dwie są pory stósowne do kąpieli: jedna przed dreszczem, druga po ustąpieniu gorączki.

Człowiek słaby mając iść do kąpieli ma się wystrzegać, aby przedtém nie doznał zimna; przyszedłszy do kąpieli ma uważać, czy nie ma skroni ściągniętych i czy się nie zaczyna pocić; jeśli tu i owdzie pot się pojawi, ma siąść we wannie i uważać, czy za pierwszém zetknięciem się z wodą skórę przebiegnie dreszcz; gdyby się pot nie pokazał a powstał dreszcz, znak to, że kąpiel nieużyteczna. Czy przed wejściem do wody ciepłéj ma się wykonywać mazanie czy nie, zależy od sił; po wystąpieniu potu trzeba ciało lekko namaścić a następnie wejść do wody ciepłéj. I tu trzeba mieć wzgląd na siły; gdyby zemdlał z gorąca, wynieść chorego spiesznie, zawinąć starannie w szaty i tak wywołać poty (II. 17).

O potach w ogóle powiada Cels, że ujmują materyi.

7) Okłady. Cels używa okładów zimnych i ciepłych; pierwsze robi z wody zimnéj, do drugich zaś (*fomenta*) używa wody ciepłéj, oraz wymienia tu proso, sól, piasek (ogrzane i do płótna zawinięte), również samo płótno, jeśli mniejszéj potrzeba siły, gdy zaś większéj, pogaszone głównie w szmaty pozawijane. A nawet można napełnić ciepłą oliwą woreczki (skórzane) lub nalać wody do naczyń glinianych, dla podobnéj postaci soczewkami zwanych, także nasypać soli do worka płóciennego i zanurzyć do wody dobrze ciepłéj i dla ogrzania członki okładać.

Woda zimna, szczególnie deszczowa, tłumi i oziębia, ciepła ogrzewa; co silnie tłumi i oziębia, to i twardém czyni, co zaś grzeje i rozpędza to i miękczy (II. 33).

Jako przykład postępowania przeciwzapalnego niech posłużą następujące ustępy: Gdy w podżebrzach jest zapalenie i ból, najprzód trzeba robić okłady tłumiące (tj. zimne), bo gdyby były cieplejsze, toby jeszcze więcéj w to miejsce nabiegło materyi. Późniéj, gdy pierwsze zapalenie zwolniało, wówczas dopiero trzeba przejść do okładów ciepłych i wilgotnych, aby rozproszyć to, co jeszcze pozostało. W cierpieniach stawów uważać, czy bólowi towarzyszy tylko obrzmienie, czy i podwyższenie ciepłoty; jeśli nie ma obrzmienia, potrzebne okłady ciepłe (lub moczenie w wodzie ciepłéj), jeśli zaś jest obrzmienie i podwyższenie ciepłoty, stósować okład ziębiący i niedługo przejść do środków, które tłumiąc zarazem miękczą. Ropnie każe najprzód leczyć okładami tłumiącemi i oziębiającemi, a jeżeli rozpędzić się nie dają, robić okłady ciepłe, aby rychléj dojrzały; w zapaleniu wątroby stósować najprzód okłady tłumiące, późniéj rozprowadzające (*quae diducant*). Ból sam bez zapalenia i gorączki najlepiéj uśmierzają okłady ciepłe a suche. W bólach głowy pochodzących z gorąca pożyteczny okład z gąbki wklęsłéj, w wodzie zimnéj zmaczanéj; gdy ból pochodzi z zimna, wielu pomagają okłady ciepłe.—Okładów używa Cels i w innych celach: gdzie się obawiamy nadejścia gorączki, trzeba stósować na członki, o które najwięcéj się boimy, okłady ciepłe a suche, aby nie powstała nagle bardzo silna gorączka, lecz powoli wzrastała. Dla zapobieżenia dreszczowi w gorączkach każe wcześnie okryć dobrze chorego i natychmiast całe ciało obłożyć okładami cieplejszemi, mianowicie pokrywami i przygaszonemi główniami. Po wycięciu kamienia moczowego niektórzy używają okładów ciepłych; te jednak ciężąc i pęcherz uciskając więcéj ranę drażnią niż swém ciepłem pomagają. Lepiéj chorego wpuścić na wznak do wanny z wodą ciepłą tak, aby woda sięgała od kolan do pępka, resztę ciała szatami okryć; w ten sposób powstaje obfity pot, który z twarzy trzeba gąbką ocierać.

W różnych cierpieniach poleca Cels miejscowe użycie pary wodnéj. W zapalném obrzmieniu migdałków radzi od zewnątrz ogrzewać gorącą parą; jeśli zapalenie tak znaczne, że utrudnia oddychanie, to stósować od zewnątrz tak długo, dopóki nie zropieją i same się nie otworzą; w zapaleniu dziąseł dla rozmiększenia przykładać od zewnątrz gąbkę napojoną parą wodną i pokryć ją ceratą, a skoro powstaje już ropienie, używać pary tém dłużéj. W owrzodzeniu jam nosowych trzeba ogrzewać parą wody gorącéj; można to czynić za pomocą wyciśniętéj gąbki, albo podstawionego naczynia z wąskim otworem, napełnianego wodą gorącą; to samo czynić dobrze w bólach zębów. Przeciw bólom zębów przytacza Cels następujący środek ludowy (*agrestium experimentum*) ziele *mentastrum* z korzonkami rzucają do miednicy, nalewają na to wody i stawiają obok siedzącego pacyjenta, ze wszech stron szatami okrytego; następnie puszczają do miednicy rozpalone krzemienie tak, aby je woda pokryła, a chory rozwartemi usty chwyta parę; w ten sposób powstają bardzo obfite poty, z ust bezustannie wypływa ślina, co na dłuższy czas, często na cały rok zupełne przywraca zdrowie. W owrzodzeniach gardła radzą niektórzy brać do ust parę gorącą, inni zaś twierdzą, że ona rozmiękcza części owrzodzone i do choroby już istniejącéj czyni je sposobniejszemi. (Dok. n.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 21 bm. pod przewodnictwem Prezydenta miasta Dra Szlachtowskiego posiedzenie, na którém fizyk miasta Dr. Buszek podał do wiadomości, iż stan zdrowia w mieście jest w ogólności dobry. Z chorób zakaźnych występuje epidemicznie tylko odra, z przebiegiem wszakże pomyślnym. Tyfus brzuszny pojawił się u kilku osób i w dwóch tylko ogniskach chorobowych; zresztą całe miasto wolne jest od téj choroby. Mimo bardzo wielkich upałów, przypadków ostrego kataru żołądka i kiszek czyli tak zwanéj choleryny jest mało, znacznie mniéj niż w innych latach.—Dla utrzymania porządku zakazał Magistrat chowu trzody chlewnéj w obrębie całego miasta.—Do dłuższéj dyskusyi dała powód sprawa ratunku na Wiśle odesłana do Komisyi sanitarnéj na mocy uchwały Rady miejskiéj. Fizyk miejski przedstawił cały szereg rozporządzeń mających na celu zapobieżenie nieszczęśliwym przypadkom z utonięcia. Rozporządzenia te uznano za bardzo stósowne, chociaż zgodzono się, iż w zupełności nie będzie można zapobiedz nieszczęściu, bo lekkomyślni nie zważają na żadne przepisy i ostrzeżenia. Chodzi przeto tylko ile możności, o zmniejszenie liczby przypadków nieszczęśliwych. Trzy łodzie ratunkowe kierowane na przemian przez sześciu ludzi umiejących pływać uznano za dostateczne. R. m. Dr. Domański przedłożył przy téj sposobności rysunki przyrządów ratunkowych używanych przez niemieckie Towarzystwo ku ratowaniu rozbitków i pismo inspektora tegoż Towarzystwa, p. Pawła Conrada, który z uprzejmością godną wszelkiego uznania podaje, jakich potrzeba przyrządów, gdzie i po jakiéj cenie można ich nabyć a nawet w danym razie ofiaruje swe pośrednictwo. Uchwalono zakupić niezwłocznie te przyrządy w jednym egzemplarzu na początek a gdy okażą się dla Krakowa praktycznemi, nabyć ich więcéj, ile będzie potrzeba. Przepisy o wiosłowaniu wydane przez Magistrat z powodu nieszczęśliwego przypadku, w którym wioślarz wypadł z łódki i utonął, uważa r. m. Dr. Domański wprawdzie za usprawiedliwione, ale za tamujące ważną pod względem higijenicznym zabawę i wnosi, aby podobnie jak zrobiono gdzieindziéj z jeżdżącemi na welocypedach, zawiązać z Towarzystwem wioślarskiém w Krakowie rokowania o wydawanie świadectw znajo-

mości wiosłowania. Na podstawie takiego świadectwa otrzymają amatorowie przejażdżek na wodzie osobne karty legitymacyjne, któremi w razie potrzeby mogą wykazać się wynajmującym łodzie i straży bezpieczeństwa. W ten sposób usunie się nieumiejących wiosłować, umiejącym zaś zapewni rozrywkę bardzo korzystną dla zdrowia. Wniosek ten przyjęto.—Regulamin tyczący się dezinfekyi przy chorobach zakaźnych postanowiono rozdać między członków Komisyi celem rozpatrzenia a dyskusyję nad nim odłożyć do następnego posiedzenia.

○ Komisyja choleryczna wysłana przez Rząd hiszpański do Walencyi powróciła do Madrytu i złożyła Ministerstwu sprawozdanie pozostawiające wprawdzie nierozstrzygniętą sprawę skuteczności szczepienia ochronnego podanego przez Dra Ferrana, ale wyrażające się o niém w ogóle nader przychylnie. Oto ostateczne wnioski tego sprawozdania według *Correspondencia de Espana*: 1) Choroba, panująca w Walencyi jest azyjatycką cholerą, 2) Prątek przecinkowy znajduje się w cieczy, któréj używa Dr. Ferran do szczepienia. 3) Szczepienie jest nieszkodliwe i może się odbywać pod nadzorem Rządu, który winien dać pochop do badań statystycznych aż do rozwiązania pytania, czy system ten rzeczywiście chroni. 4) Dr. Ferran zasługuje na opiekę urzędową przy dalszych swych badaniach. Sprawozdanie wzmiankowane jest podpisane przez prezesa Wyższéj Rady zdrowia Dra Rubio i prof. medycyny Maestro, San Juan, Garcia, Sola i San Martin. Ostatni skarży się na przeszkody, jakie napotkała komisyja, a które znaczenie jéj pracy zmniejszają.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 28 czerwca do 4 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 39,5. Z odry umarło 3 (4 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.); z krztuśca 2 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 43 przypadkach odry, 4 płonicy, 1 duru osutkowego, 1 czerwonki. W tygodniu od 21—27 czerwca umarło z ospy w Chemnitz, Dreznie, Mnichowie, Lublinie, Odesie i Pradze po 1; w Paryżu i Petersburgu po 2; w Bazylei i Liwerpolu po 3; w Warszawie 4; w Londynie 13. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 1, w Londynie 2.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 21—27 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 38,0; w Warszawie 27,2; w Poznaniu 30,0; w Pradze 35,9; w Berlinie 27,9; we Wrocławiu 31,7; w Gdańsku 28,2; w Dreźnie 25,0; w Hamburgu 25,4; w Lipsku 23,1; Mnichowie 32,9; w Amsterdamie 20,1; w Bazylei 17,4; w Brukseli 19,2; w Chrystyjanii 22,3; w Kopenhadze 20.3; w Londynie 16,3; w Odesie 50,0; w Paryżu 20,7; w Petersburgu 26,7: w Rzymie 22,1; w Stokholmie 25,9; w Wenecyi 20,4; w Zurychu 7,8. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 lipca. Z dniem 18 t. m. rozpoczęły się wakacyje w Uniwersytecie, Towarzystwo lekarskie również odpoczywa aż do października.

* W Cieplicach czeskich bawiło dotąd gości 4.685, w Iwoniczu 1074, w Rożnowie 1.105.

* **Warszawa**. Z polecenia Jenerał Gubernatora klinika chorób ocznych, mieszcząca się dotąd w szpitalu Św. Rocha, przeniesioną zostanie do Instytutu oftalmicznego. (*G. L.*)

○ Miesięcznik *Zdrowie*, poświęcony higijenie publicznéj i prywatnéj, o którego zamierzoném wydawnictwie już donosiliśmy, a który sobie za cel wytknął wpływać na podniesienie zdrowotności w kraju, wychodzić będzie od 1 października rb. pod redakcyją Dra Pollaka w objętości 40 stron (80 szpalt) druku.

* **Berlin**. Sprawa Schweningera jeszcze nie jest zamkniętą. Przed kilku dniami odbyła się w mieście Bochum rozprawa przeciwko pewnemu redaktorowi pisma politycznego, obwinionemu o obrazę czci ministra oświecenia Gosslera i samego kanclerza ks. Bismarka. Na rozprawie téj odczytano akta monachijskie procesu karnego Schweningera, a wreszcie odroczono rozprawę i zgodzono się na wniosek obrońcy, aby przesłuchać jako świadków ministra Gosslera i hr. Wilhelma Bismarką i zażądać aktu nominacyi Schweningera. Pokazuje się, że Sądy nie lekceważą sprawy.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Dr. Józef Reinsberg, lekarz powiatowy w Kletawie i zastępca profesora mianowany został nadzw. profesorem medycyny sądowéj i rządowéj w Wydziale czeskim. — Do zastępstwa po śmierci prof. Aubego Wydział lek. niemiecki powołał docenta wiedeńskiego Dra Rabla. — **Wiedeń**. Minister Oświecenia oświadczył Wydziałowi lek., że zwrócono jego uwagę na zasługi docenta i prosektora Dra Weichselbauma i że mianowanie go profesorem nadzw. anatomii patolog. jest pożądaném; żąda więc, aby Wydział w sprawie téj się oświadczył. Sprawozdanie poruczono komisyi złożonéj z proff. Nothnagla, Toldta i Kundrata.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. n. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Jan Gęślak rodem z Kempanowa, Józef Zawadziński z Nowéj Wsi narodowéj w Galicyi i Seweryn Eisenberg rodem z Krakowa.

* **Odznaczenia**. Prof. Ferdynand Cohn we Wrocławiu otrzymał od Akademii holenderskiéj medal Leuwenhoeka.

* **Nekrologija**. D. 2 lipca umarł w Sztutgardzie prof. chemii na tameczném politechnice, tajny radzca dworu Dr. Hermann Fehling w 73 roku życia, znany i w kołach lekarskich z próby na cukier, noszącéj jego nazwisko.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 29: Mosinga: Pochwica w znaczeniu sądowolekarskiém. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 29: Elsenberga: Przypadek przymiotowego zapalenia ciał jamistych prącia; Sokołowskiego: Dwa przypadki gruźlicy podostrawéj z zejściem pomyślném; Kijewskiego: Sprawozdanie z sekcyj wykonanych w pracowni anatomo-patologicznéj (c. d.).

Na fundusz portretu śp. prof. Kozubowskiego złożyli: Dr. Kołychanowski z Kamionki Strumiłowéj 3 zlr., co czyni razem z poprzednio złożonemi składkami kwotę 299 złr. 59 kr.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 1 sierpnia 1885. № 31. Rok XXIV.

I. O rozpoznawaniu jam w miąższu płucnym.

Wykład habilitacyjny Dra W. Antoniego Gluzińskiego, I asystenta kliniki lek.

Panowie! Na zebraniu dzisiejszém mam Panom rozebrać temat o rozpoznawaniu jam w miąższu płucnym. Przedmiot ten, należący do ścisłéj dyjagnostyki, a na zawsze związany z nazwiskami Škody, Wintricha, Gerhardta, ma podwójną dla nas wagę. Z jednéj strony dobre rozpoznanie, to dobre rokowanie i leczenie, z drugiéj to ta okoliczność, że biegłość w niém może stanowić kryteryjum dla lekarza, o ile opanował najważniejszą podstawę rozpoznawania, t. j. fizyczne badanie. Naturalną jest rzeczą, że mówiąc w ogólności o rozpoznawaniu jam mam na myśli nie same jamy w płucu dotkniętém gruźlicą powstałe, lecz i jamy, jakie się rozwijają, jużto po ropniu, jużtéż po zgorzeli, jużtéż w skutek rozstrzeni oskrzelowéj. Czy jedne lub drugie weźmiemy na uwagę w rozpoznawaniu, musimy postępować tą samą drogą, oprzeć się na tych samych prawidłach fizycznych, a dopiero w innych miejscach organizmu wykazalne zmiany, umiejscowienie jamy, przebieg choroby, badanie plwocin itd. wskażą nam podstawę i przyrodę wybadanéj jamy.

W badaniu tém należy nam trzymać się pewnego porządku, aby nie pominąć żadnego szczegółu, których suma daje nam dopiero stanowczą pewność rozpoznawczą. Kolejno zatém przechodzimy oglądanie, obmacywanie, wypuk i przysłuch, a do pomocy bierzemy jeszcze tak makroskopowy jak mikroskopowy wygląd plwocin. Wyniki otrzymane temi sposobami badania nie będą wszystkie równorzędnéj wartości rozpoznawczéj, pominąć jednak żadnego nie wolno, nie chcąc nieraz stracić szczegółu, któryby nas skierował na drogę dobrego rozpoznania.

Jak we wszystkiém tak i tutaj mamy zakreślone pewne granice możebności rozpoznawczéj, poza które nie możemy się posunąć. Aby rozpoznać jamę potrzeba na to pewnych warunków fizycznych. Brak ich częściowy utrudnia nam zadanie, brak zupełny czyni je niemożebném, ztąd i dziwić się nie będziemy znajdując nieraz na stole sekcyjnym jamę w miąższu płucnym, o istnieniu któréj za życia nie mieliśmy żadnego pojęcia.

Warunki te poznamy z biegiem wykładu.

Obecnie przystępując do szczegółowego rozbioru poruszonéj kwestyi powiem od razu, że oglądaniem i obmacywaniem klatki piersiowéj znajdziemy drugorzędne, nie patognomoniczne objawy jam. Pierwszém stwierdzić możemy np. zapadnięcie się klatki piersiowéj nad miejscem, gdzie jama się znajduje, mniejszą poruszalność téj części, zapadanie się wdechowe lub wypuklanie wydechowe przestworów międzyżebrowych w tém miejscu itd.; drugiém wzmożenie drżenia klatki piersiowéj, osłabienie lub zniesienie takowego, niekiedy pewne wyczuwalne szmery itd. Objawy te jednak są wspólne i innym zmianom w miąższu płucnym, dopiero opukiwaniem i przysłuchem znajdujemy cechy, które nas uprawnią do stanowczego rozpoznania jamy. Nad niemi kolejno zastanowimy się téż obszerniéj.

Opukując miejsce, pod którém leży jama, możemy otrzymać czworaki (pomijam odgłos rozbitego garnka — *bruit de pot* — jako wcale niecharakterystyczny) wypuk: 1) jawny niebębenkowy, 2) stłumiony, 3) bębenkowy, 4) metaliczny.

Z pierwszym, t. j. jawnym niebębenkowym, spotykamy się w tych razach, gdy jama jest oddzieloną od kl. piersiowéj odpowiednio grubą warstwą powietrznego miąższu płucnego. Rzadko się to zdarza przy jamach gruźliczych, najczęściéj przy rozstrzeniach oskrzelowych. O wypuku tym wspominam tutaj dla tego, że niekiedy, chociaż wprawdzie tylko chwilowo, i nad jamą blisko powierzchni położoną, nad którą stale odgłos bębenkowy przy opukiwaniu powstawał, możemy otrzymać odgłos jawny niebębenkowy, gdy

przy głębokim wdechu ściany jamy silniéj napną się, np. podczas wdechu, jak o tém pierwszy wspomina już Wintrich lub gdy na chwilę zatka się oskrzele łączące jamę z powietrzem zewnętrznêm, na co pierwszy zwrócił uwagę Seitz.

Częściéj spotykamy się z odgłosem wypukowym przytłumionym lub stłumionym; jużto, gdy ekskawacyja mała lub nawet większa otoczona jest odpowiednią grubą warstwą miąższu płucnego bezpowietrznego, jużtéż gdy opukujemy jamę, choćby blisko powierzchni leżącą, ale w miejsce powietrza wypełnioną płynną treścią. Obydwa te odgłosy, tak jawny jak i stłumiony, nie stanowią wcale cechy rozpoznawczéj; nie są one właściwe jamom, bo pouczają nas tylko, czy pod miejscem opukiwanêm znajduje się miąższ płucny zawierający powietrze czy też nie.

Wspominam o nich dla dokładności, wspominam i dla tego, że w odgłosie stłumionym przecież mamy dla jam niekiedy dość ważny objaw rozpoznawczy. Ma to miejsce, gdy w jedném i tém samém miejscu stwierdzamy raz odgłos jawny bębenkowy, badając innym razem stłumiony, który po wykrztuszeniu znaczniejszéj ilości plwociu napowrót staje się jawnym. Wytłumaczenie objawu tego łatwe: gdy w jamie znajduje się powietrze, będzie odgłos jawny, gdy wydzielina ją wypełni, powstają warunki dla odgłosu stłumionego. Ta zamiana więc odgłosu stłumionego w jawny bębenkowy, i na odwrót, zwłaszcza przy obfitszém odkrztuszaniu, jest pierwszą ważną cechą rozpoznawczą, na którą uwagę Panów zwracam.

Najczęstszym a po części też i najważniejszym odgłosem dla rozpoznawania jam jest odgłos bębenkowy. Niezbędnemi warunkami dla jego powstania są: aby jama mniéj lub więcéj była wypełnioną powietrzem, aby otoczona była bezpowietrznym miąższem płucnym, leżała blisko powierzchni i łączyła się z oskrzelem. Niezbędna wielkość jamy dla powstania tego odgłosu nie da się w cyfrach wyrazić. Sprzyjające okoliczności, jak podatna i elastyczna klatka piersiowa, większa zawartość powietrza w jamie, swobodniejsza jéj komunikacyja z oskrzelem, zupełnie zbity i bezpowietrzny otaczający miąższ płucny, położenie blisko powierzchni, pozwalają już przy mniejszych rozmiarach jamy wywołać odgłos bębenkowy; gdy znacznie rozwinięta tkanka tłuszczowa, obrzęklina skóry, niepodatność klatki piersiowéj, wąskie ujście do oskrzela lub zatkanie tegoż, mała zawartość powietrza a znaczna płynnéj treści, powietrzność otaczającego miąższu płucnego stanowią przeszkodę, że nawet nad jamami dość znacznemi i blisko powierzchni położonemi nie zdołamy wydobyć odgłosu bębenkowego. W kierunku tym posługujemy się do dziś dnia wyrażeniem Škody, które brzmi: „jamy w płucu otoczone nacieklym miąższem i zawierające powietrze dają zawsze odgłos bębenkowy, jeżeli leżą bliżéj powierzchni i są wielkości plesymetra"; a na innêm miejscu do tego dodaje: „że muszą być najmniéj wielkości orzecha lub musi ich być kilka mniejszych obok siebie".

Otrzymany odgłos bębenkowy, może być jużto jawnym jużtéż mniéj lub więcéj przytłumionym zależnie od tego, czy jama zawiera tylko powietrze czy też mniéj lub więcéj płynnéj treści.

Odgłos ten bębenkowy, jak każdy bębenkowy, jako zbliżony do tonu w fizycznêm jego rozumieniu, musi mieć swoją wysokość. Wysokość ta, jak uczy fizyka i codzienne doświadczenie, zależy przeważnie od rozmiarów jamy względnie jéj osi długiéj, od szerokości otworu łączącego jamę z oskrzelem i od napięcia saméj ściany.

Nie chcę Panów zajmować opisem doświadczeń, jakiemi ten wynik otrzymano, należy to bowiem do ogólnéj teoryi odgłosu bębenkowego, a powiem tylko, o czém się łatwo przekonać, że odgłos bębenkowy nad jamą wśród tych samych warunków otrzymany jest tém wyższy, im ściana jamy jest więcéj napiętą, np. podczas wdechu, im jest mniejszą a otwór do oskrzela szerszy czyli, że wysokość tego odgłosu stoi w stosunku odwrotnym do osi długiéj jamy względnie jéj wielkości, a w prostym do otworu oskrzela.

Mimochodem wspomnę tu, że w czasach, gdy przyjmowano rozmiary jamy jako główny moment wpływający na wysokość odgłosu bębenkowego, starano się (Gerchardt) zapomocą resonatorów Helmholza oznaczyć wielkość jamy. W obec podstawy jednak błędnéj wynik musiał być ujemny dowiodły zaś tego doświadczenia Schulzego, a zwłaszcza Eichorsta i Jacobsona.

Odgłos bębenkowy czy wyższy czy niższy, mniéj lub więcéj jasny sam przez się nie jest jeszcze cechującym dla jam ze względu, że spotykamy się z nim nad klatkę piersiową i w innych stanach chorobowych jak przy zwiotczeniu miąższu płucnego lub odmie piersiowéj. Dopiero cechy jego dalsze, o których zaraz wspomnę, pozwalają nam stanowczo rozpoznawać. Pierwszą i najdawniejszą z nich to cecha podana przez Wintricha, i dla tego nazwana objawem Wintricha, polegająca na fakcie: że odgłos bębenkowy nad jamą przy zamknięciu ust staje się niższym przy otwarciu wyższym. Niezbędnym warunkiem dla jego powstania jest wolna komunikacyja jamy z oskrzelem, a tego z tchawicą i jamą ustną. Dla wytłumaczenia objawu tego przyjął Wintrich, że przez opukiwanie wprawia się w drganie cały słup powietrza zarówno w jamie jak i w oskrzelu komunikującym, tchawicy i jamie ust. Na téj podstawie podciągnął wydobyty odgłos pod prawidła znane Panom z fizyki dla piszczałek na jednym tylko końcu otwartych, które opiewa, że wśród równych zresztą warunków piszczałka taka ma ton tém wyższy im otwór szerszy, ztąd i nad jamą przy otwarciu ust, a więc przy szerszym otworze, ogłos bębenkowy jest wyższy niż przy zamknięciu, t. j. otworze mniejszym.

Tłumaczenie to, jakkolwiek nęcące, znalazło jednak przeciwników zwłaszcza w Wielu i Neukirchu. Pierwszy wystąpił przeciw pojmowaniu w ten sposób rzeczy twierdząc że droga dla drgań od jamy aż do ust jest tak pokręconą i zmienną w swoich rozmiarach, że trudno przyjąć, aby drgania te, mogły się odbywać w ten sam sposób, jak w naczyniu jednostajnie cylindrycznêm jakiém jest piszczałka. Drugi już drogą doświadczalną wykazał, że w objawie Wintricha główną rolę gra jama ustna, która jest rodzajem resonatora ustawionego przy otwarciu ust dla tonów wyższych, ztąd w tym razie wyższy odgłos wypukowy, przy zamknięciu dla tonów niższych, ztąd niższy odgłos wypukowy.

Czy jedno lub drugie tłumaczenie przyjmiemy dla praktycznéj strony fakt pozostanie faktem, że objaw Wintricha jest ważną cechą odgłosu bębenkowego przy rozpoznawaniu jam. Aby wartość jego stała się jednak bezwzględną, musimy zachować pewne ostrożności. Pomijając już złudzenia słuchowe, których przez wprawę uniknąć możemy, opukiwanie musimy odbywać: 1) wśród téj saméj

fazy oddechowéj, np. podczas wdechu lub tylko wydechu, uwzględniając tę okoliczność, że wysokość każdego odgłosu bębenkowego zawisłą jest także od faz oddechowych, że odgłos ten przy wdechu staje się wyższym przy wydechu niższym; 2) opukiwać należy i szukać tego objawu nie w jedném lecz w rozmaitych położeniach chorego.

Punkt ten drugi jest szczególnie ważny, tą drogą bowiem zyskujemy drugą bardzo ważną cechę dla odgłosu bębenkowego nad jamą powstałego, na którą pierwszy zwrócił uwagę Gerhardt w dysertacyi Maritza i nazwał ją przerywanym objawem Wintricha. (C. d. n.)

II. Z kazuistyki dentystycznéj.

Napisał Dr. Szymkiewicz.
(Dokończenie Patrz Nr. 27).

Wracając do mojego obturatora nadmienię, iż na wspomnianym wyrostku płyty wywiercono obok siebie kilka otworków, a pomiędzy temi wycięto kauczuk w postaci małych trójkącików. Dziurki te i wycięcia służyć miały z jednéj strony do przeprowadzenia uszek z cienkiego druciku, na których miała się gutaperka zatrzymywać, z drugiéj strony zaś było ich zadaniem bezpiecznie i silnie połączyć wyrostek płyty z obturatorem, który po usunięciu gutaperki i drucików również z kauczuku miał być wykonany.

Po rozmiękczeniu tedy gutaperki w ciepłéj wodzie, ułożono ją w postaci pagórka naokoło wyrostka płyty i cały przyrząd wprowadzono do jamy ust pacyjenta, nakazując mu połykać i głośno mówić, aby mięśnie przy wykonywaniu tych funkcyj czynne, same przez się nadały kształt obturatorowi. I rzeczywiście po 24ch godzinach widzieć było można na stwardniałéj gutaperce odciski mięśni, nadmiar zaś jéj usunął się częścią ku górze, częścią ku dołowi. Nadmiar ten odkrojono ogrzanym nożem i cały przyrząd jeszcze raz wprowadzono do jamy ust, a skoro pacyjent przez 24 godzin nie użalał się na żadne objawy uciskowe, przystąpiono do wykonania tego obturatora z kauczuku. Zależało również na tém, aby obturator był o ile możności lekkim. Zrobiono go zatém w podobny sposób, jak wyżéj opisaną puszkę, z tą jednak różnicą, iż podczas gdy wszystkie ściany tamtéj wyścielał kauczuk twardy, tutaj boczne ściany wykonano z miękkiego kauczuku.

W ten sposób spełniono pomyślnie dwa zadania protezy, albowiem za pomocą sztucznych przyrządów, zastępujących ubytek w szczęce oraz podniebienie twarde i miękkie, przywrócono pacyjentowi zdolność żucia, przełykania i wyraźnego mówienia.

Rozumie się samo przez się, iż zanim przystąpiono do budowy sztucznego *velum palatinum*, musiano obmyśleć sposób utrwalenia zrobionych części przyrządu w swojém położeniu, aby zadość uczynić trzeciemu zadaniu protezy. Zwykłe płyty kauczukowe lub metalowe z zębami przylegają ściśle do podniebienia pod wpływem ciśnienia atmosferycznego, przez co zbytecznem jest po największéj części inne ich umocowanie. W naszym jednak przypadku przestrzeń naturalnego twardego podniebienia nie wystarczała do utrzymania płyty w swém położeniu pod wpływem tylko ciśnienia powietrza tém bardziéj, iż ona sama, z powodu ku tyłowi sterczącego obturatora dość znaczny przedstawiała ciężar, a do tego jeszcze dźwigać musiała puszkę górną. Gdyby obok utrzymanych zębów po stronie lewéj był choć jeden ząb trzonowy z odpowiednim kostnym szkieletem szczęki po stronie prawéj zachowany, natenczas utrwalenie całego przyrządu w swojém położeniu za pomocą złotych blaszeczek, które siłą swéj sprężystości obejmują korony zębów, nie sprawiałoby żadnych trudności. W braku téj podpory użyto zębów dolnéj szczęki. Mianowicie wzdłuż wewnętrznéj powierzchni szyjek zębowych przeprowadzono złoty, dość gruby, drut półokrągły, który robiąc odpowiednie zgięcia w miarę zagłębiających się przestworów międzyzębowych, przebiegał naokoło ostatnich zębów trzonowych (zębów mądrości) na zewnątrz i rozciągał się, robiąc podobne zagięcia, aż do przestworu między pierwszym a drugim zębem trzonowym małym: tutaj przylutowano po obu stronach złote nasadki sprężyn. Dla wzmocnienia tego drutu w swém położeniu połączono część jego zewnętrzną i wewnętrzną za pomocą przylutowanych drucików, które w przestworach pomiędzy koronami sąsiadujących zębów łukowato przebiegały. Ponieważ jednak, jak wyżéj wspomniano, zęby stały zbyt obok siebie ścieśnione, przeto, dla pomieszczenia owych połączeń, musiano odpowiednie rowki na brzegach przylegających zębów wypiłowywać. Tym sposobem utwierdzone nasadki w górnéj i dolnéj szczęce po obu stronach, służyły do umocowania złotych sprężyn, które wypukłością łuków ku tyłowi zwrócone, wystarczały w zupełności do utrzymania całéj górnéj budowy w swojém położeniu, tém bardziéj, że i część utrzymanego twardego podniebienia oraz obydwa policzki niemałe pod tym względem oddawały usługi.

Tym sposobem uczyniono zadość wszystkim wskazaniom protezy, albowiem nietylko przywrócono choremu sztuczny aparat żucia, ale także umożebniono mu przełykanie i mówienie. Że przyrząd ten odpowiada swemu celowi, o tém świadczą pełne zadowolenia listy pacyjenta, który nawet krótki czas nie może się obejść bez swego aparatu. Jedyną tylko niedogodnością jest częste wyjmowanie go celem oczyszczenia jamy, w przeciwnym bowiem razie obficie wydzielający się śluz rozkłada się rychło i zanieczyszcza oddech pacyjenta. Czynności wyjmowania i wkładania, która z powodu niedostatecznego rozchylenia szczęk połączona jest z pewnemi trudnościami, dokonywa zwykle ktoś z otoczenia chorego, przyczém tenże językiem podtrzymuje puszkę a późniéj płytę przed założeniem rusztowania na zębach dolnych.

Oto jest krótki opis przyrządu, który przedstawiony na prywatném zebraniu dentystów berlińskich, w pracowni prof. Sauera, powszechne obudził zajęcie. A przecież wśród kilkuset dentystów, praktykujących w stolicy Zjednoczonych Niemiec, na palcach zliczyćby można tych, którzy się zajmują wyrabianiem podobnych przyrządów. Łatwo to zrozumieć, jeżeli się porówna trudności towarzyszące tego rodzaju pracy z materyjalną korzyścią, jaką ona przynieść jest w stanie. Czemżeż jest bowiem zrobienie chociażby najtrudniejszéj złotéj plomby, która się, w stosunku do zużytego czasu i materyjału, dobrze opłaca, wobec opisanego przyrządu, który tyle wymaga czasu i cierpliwości, a stosunkowo żadnych dla dentysty nie przynosi korzyści, z powodu, iż tego rodzaju przypadki zdarzają się najczęściéj w uboższéj klasie ludności. A jednak praca ta może w wysokim stopniu zająć uwagę i jest w stanie więcéj nauczyć od tuzina szablonowo wyrabianych sztucznych zębów.

Na zakończenie pozwolę sobie w krótkości opisać zasady, na których opiera się konstrukcyja obturatorów, służących do wypełnienia ubytku w podniebieniu miękkiém bez względu na to, czy są wrodzone (t. zw. wilcza paszcza) lub

nabyte. Obturator taki musi z jednéj strony wstrzymywać pokarmy i napoje od dostawania się do jamy nosa, z drugiéj strony jednak powinien przy mówieniu (z wyjątkiem t. zw. spółgłosek nosowych) stanowić tę samą zaporę dla fal głosowych. Zdawałoby się pozornie, iż obturator, mający kształt i rozmiary naturalnego podniebienia miękkiego, najlepiéj temu zadaniu odpowie. W rzeczywistości jednak tak nie jest, albowiem nie możemy przyrządowi nadać tych samych ruchów, jakie pod wpływem swoich mięśni podniebienie miękkie wykonywa i dla tego przyrząd naśladujący jego kształty, spoczywając nieruchomo, nie przyczyniałby się w niczém do szczelnego oddzielenia jamy noso-gardzielowéj od krtaniowo-gardzielowéj. W stanie prawidłowym obok ruchów podniebienia miękkiego bardzo ważną przytém odgrywa rolę mięsień zdziergacz gardziela górny (*constrictor phar. sup.*), który kurcząc się, a przez to wypuklając ku przodowi, zbliża tylną ścianę gardziela do równocześnie pod wpływem mięśnia *levator palati mollis* podnoszącego się podniebienia miękkiego, przez co oddzielenie obu jam gardziela nastaje. Na tę ważną fizyjologiczną czynność mięśnia *constr. phar. sup.* zwrócił pierwszy uwagę Passavant (*Uiber die Verschliessung des Schlundes beim Sprechen. Eine physiologische Untersuchung von Dr. Gustav Passavant.* Frankfurt n. M., 1863). Sztuczne *velum palatinum* zależy tedy głównie od tego mięśnia, ale musi się ono także akomodować do ruchów utrzymanych części naturalnego podniebienia. Działanie tych części uwydatnia się na podatnéj gutaperce i obturator przyjmuje zwykle kształt gruszkowaty. Przy skurczu mięśnia wspomnionego dotyka tylko ściana gardziela brzegu obturatora, przez co oddzielenie obu jam gardziela następuje, przy spokoju zaś tego mięśnia powstaje dostateczna przestrzeń do utrzymania drożności powietrza przy oddechaniu i do przejścia fal głosowych do jamy nosa przy wymawianiu dźwięków nosowych. Tą zasadą kierując się wykonał tutejszy dentysta Dr. W. Süersen (senior) pierwszy taki obturator i metodę swoją podał w r. 1867 do publicznéj wiadomości na Kongresie dentystów niemieckich w Hamburgu (*Uiber Gaumendefecte von Hofrath Dr. Wilhelm Süersen in Berlin.* Leipzig, 1877). Süersen robi ściany obturatora z twardego kauczuku, podczas gdy Szylcki w Berlinie radzi wykonywać boczne ściany z miękkiego kauczuku, aby ucisk utrzymanych części miękkiego podniebienia przyczyniał się do zbliżenia tylnéj ściany obturatora do tylnéj ściany gardziela. Jakkolwiek zapatrywanie to opiera się na czystéj illuzyi, albowiem obturator powinien być tak urządzony, aby otaczające mięśnie podczas skurczu tylko go dotykały a nie ugniatały, to jednak w naszym przypadku zrobiono boczne ściany z miękkiego kauczuku, mając wzgląd na ewentualne obrzmienie błony śluzowéj w otaczających częściach.

W przypadkach wrodzonych wad podniebienia miękkiego (w t. zw. wilczéj paszczy) obturator z początku nie polepsza wymowy, zwłaszcza jeżeli pacyjent w późniejszym znajduje się wieku i skutkiem ciągłego ćwiczenia nauczył się ubocznemi mięśniami (zwłaszcza językiem) zastępować częściowo ubytek w podniebieniu, po miesiącach jednak można zawsze znakomite postępy zauważyć, jeżeli pacyjent pobiera pod umiejętnym kierunkiem systematyczne lekcyje mówienia i oduczy się owych ruchów zastępczych (*Surrogatbewegungen*). Najświetniejsze jednak rezultaty osięga starannie wykonany obturator w przypadkach nabytéj utraty podniebienia miękkiego. Tutaj mowa w bardzo krótkim czasie polepsza się, albowiem pacyjent mimowoli usiłuje zastosować otaczające mięśnie do nowych stosunków, uchem swojém rozróżnia nieprawidłowe tony swéj mowy i przez ćwiczenie głównie mięśnia *constr. phar. sup.* unika nosowego dźwięku téjże. Nie należy bowiem zapominać o tym fizyjologicznym pewniku, iż mowa wcale nie jest czynnością naturalną, jak np. trawienie, krążenie itd., ale zależy od wprawy mięśni gardziela i jamy ust; mięśnie te w chwili przesuwania się fal głosowych kurcząc się i rozkurczając, ścieśniają lub rozszerzają przejścia dla drgającego powietrza, przez co mowa staje się wyraźną i prawidłową. Brakiem tego ćwiczenia mięśni tłumaczy się trudność, jaką się napotyka przy wymawianiu pewnych właściwych dźwięków obcego języka, jak np. spółgłoski *ł* dla Niemca. W braku pewnéj grupy mięśniowéj, uboczne starają się wadę tę zastąpić. Jeżeli zatém nie dostaje podniebienia miękkiego i jama noso-gardzielowa zamkniętą być nie może, wówczas mięsień zdziergacz gardziela górny kurczy się mocniéj i wypukla ku przodowi. Praca jego jednak zwykle nie wystarcza i fale głosowe przedostają się do jamy nosa, przez co mowa pozostaje nosową. Wobec obturatora przejście to w miarę potrzeby zamyka się a wada, która w życiu pacyjenta tak wielką stanowi przeszkodę i poniekąd wyklucza go z ludzkiego towarzystwa, stale usuniętą zostaje.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Ermengem: **O szczepieniach Dra Ferrana.**

Z ramienia Rządu wysłany do Walencyi, aby zbadać wpływ szczepienia Dra Ferrana, donosi Ermengem, że u 300 zaszczepionych, których badał, można było spostrzedz następujące objawy: W 5 godzin powstaje po zewnętrznéj stronie ramienia obrzęk dosyć bolesny, który znika bez śladu po 12 lub 24 godzinach. Równocześnie spostrzega się stan gorączkowy, dreszczyki, niedogodę, pewne odurzenie a wszystkie te objawy stoją w prostym stosunku do miejscowéj zmiany zapalnéj. Rzadko tylko występują w tym okresie dwa lub trzy wodniste stolce bez cech specyficznych. Żadna z osób zaszczepionych nie doznawała przypadków, któreby mogły przypominać okres zamartwiczy, nie było nigdy bolesnych skurczów mięśniowych, czasem tylko przemijające stężenia. W licznych próbkach krwi osób zaszczepionych nie zdołano wykazać po 12 godzinach ani ziarenek (*microglobulie*) ani prątków. Nawet w okolicy obrzęku była krew prawidłową a po umieszczeniu jéj na gelatynie nie powstawały żadne hodowle. Stolców nie badano.

Szczepieni po raz wtóry przedstawiali też same objawy, jakkolwiek w niższym stopniu, może jednak sposób szczepienia odmienny w obu razach jest przyczyną mniejszego nasilenia przypadków. Pierwsze szczepienie odbywa się bowiem w ten sposób, że igłę strzykawki wbija F. prawie prostopadle do kości w części miękkie i wstrzykuje głęboko w układ mięśniowy, szczepiąc powtórnie postępuje tak samo jak się to czyni wśród wstrzykiwań podskórnych leków: ujmuje fałd skory i wbijając igłę w jego podstawę wstrzykuje płyn w tkankę podskórną. Ermengem nie spostrzegł iżby F. chronił swój płyn szczepienny od infekcyi z powietrza. Płyn ten przechowuje F. w czarce pokrytéj kawałkiem papieru; strzykawki nawet nie poddaje F. t. z. sterylizacyi przez kilkakrotne przepłukanie wrzącą wodą, słowem F. pomija wszelkie ostrożności, jakie się zwykło przestrzegać szczepiąc w pracowniach „*in anima vili*“. Nie byłoby tedy

dziwném gdyby po takiém szczepieniu spostrzeżono ropnicę lub ropień; zgodnie jednak z prawdą oświadcza Ermengem że w żadnym z tych 300 przypadków nie było ropienia po tém szczepieniu, a lekarze z Alciry stwierdzili że na 10.000 szczepień powstały ropnie w 7 lub 8 przypadkach. Ferran kładzie to na karb niedbalstwa swoich asystentów.

W Alcirze pojawiła się najprzód obecna epidemija. Miasto to stoi na gruncie aluwialnym, na wyspie utworzonéj przez dwa ramiona Jucar, i przedstawia najwyższy stopień niechlujstwa, które w Hiszpanii weszło w przysłowie. Wpływ wody na szerzenie się zarazy nie da się zaprzeczyć. Od czasu gdy mieszkańcy zaczęli po wybuchu zarazy pić wodę ze źródła leżącego zdala za miastem zmniejszyło się wybitnie nasilenie zarazy. Statystyka szczepień wykazuje że w Alcirze zaszczepiono w czasie od 1go maja do 25 czerwca około 10.000 osób: prawie polowę mieszkańców. Na cholerę umarło w tém miescie 130 osób w tych dwóch miesiącach, z tych było 120 nieszczepionych a tylko 10 osób szczepionych. Porównywając tę statystykę z liczbami uzyskanemi w innych miastach n. p. Burjasol, Murcyi itd. okazuje się że statystykę w Alcirze „zrobiono" aby udowodnić skuteczność szczepień Dra Ferrana. Statystyka ta nie podaje niestety ani stanu, ani wieku, płci lub zajęcia zawodowego osób szczepionych. W Almesi, Alberique itd. statystyka jeszcze mniéj dowodzi.

Najważniejszą czynnością wśród badań Ermengema było przekonać się o obecności prątka przecinkowego w płynie, którego używał F. i to powiodło mu się rzeczywiście w kropli płynu wziętéj z pierwszego lepszego zbiornika: prątki znajdowały się niezmieszane z innemi organizmami, były one jednak niezbyt liczne, cieńkie i male, a odmian rozwojowych tychże, które F. miał odkryć, nie można było wykazać. W hodowlach spostrzegano kolonije prątków wejrzenia prawidłowego. E. nadmienia, że płyn odżywczy F. nie sprzyja rozwojowi prątka, który w tym płynie ginie szybko. Ferran starał się okazać E. owe dotąd nieznane a przez siebie odkryte postacie przejściowe prątka, E. sądzi jednak, ze ciałka do morwy podobne, które mu F. okazywał, nie pochodzą z zarodników prątka, są bowiem 10 razy większe od ciałka krwi czerwonego, a kształtem przypominają złogi moczanów, i rozpuszczają się w kwasie solnym i octowym.

Już okoliczności, że F. nie posługuje się wcale wśród swoich badań ulepszonemi sposobami używanemi obecnie w bakteryjologii, nie posiada soczewek przedmiotowych z immersyją ani oświetlenia Abbégo, nie barwi wcale prątków, które bada, mało wzbudzają zaufania do jego prac bakteryjologicznych. Przed wszelką naukową kontrolą uchylają się dotąd rezultaty jego dochodzeń, zwłaszcza że na pytania dotyczące kwestyj zasadniczych wzbrania się dać odpowiedź nazywając to wszystko „swoją tajemnicą," którą wyjawi dopiero w pracy przesłanéj do Akademii paryskiéj. (*Deutsche med. Woch.* 1885. Nr. 29).

Dr. Schaitter.

Wiadomości pomniejsze.

(S.) Szczupły zasób środków używanych **w leczeniu cukrzycy** powiększył się w ostatnich czasach o jeden nowy i to wcale nieposledni, jak to wynika z doświadczeń Dra Dornblühta z Rostoku (*Deutsches Arch. f. klin. Med.*). Ma nim być salicyn. Obok niego stosował D., dla porównania, salicylan sodowy, jodoform i kwas karbolowy, wszystkie w przypadkach, gdzie wydzielanie cukru dochodziło do 300—400 gm. na dobę; były-to co prawda przypadki, gdzie już wpływ dyjety azotowéj działał korzystnie. Jodoform zarówno pod względem wpływu na stan ogólny, jak i na ilość wydzielanego cukru okazał się zupełnie nieskutecznym, podczas gdy trzy pozostałe dawały bardzo korzystne wyniki w obu kierunkach. Ilość cukru malała znacznie, nieraz zupełnie nikła, nawet wśród używania istot skrobiowatych, chorych przybywało na wadze, chorzy jędrnieli na siłach, do zupełnego jednak wyleczenia wśród obserwacyi D. nie przychodziło, jakkolwiek w każdym razie postęp choroby znacznie wolniał. Z trzech tych środków oddaje autor pierwszeństwo salicynowi, a to dla braku objawów ubocznych, które sprowadza kwas karbolowy w dawkach już dość małych (0·5 3 razy dziennie), jak również dla trwalszego działania salicynu w porównaniu z salicylanem sodu. D. podawał go do 18gm. dziennie, a 8grm. na dawkę bez żadnych szkodliwych następstw. Wobec tych korzystnych wyników skeptycyzm niektórych autorów względem wszelkich środków lekarskich w cukrzycy musi ustąpić, zwłaszcza tam, gdzie z powodu braku zasobów ograniczenie się do dyjety mięsnéj, która i tak zwykle po dłuższym czasie staje się wstrętną dla chorych, jest wprost niemożliwém. Zdaniem autora, leczenie czysto dyjetetyczne odpowiada jedynie wskazaniu symptomatycznemu, gdy leki, a zwłaszcza salicyn, działają wprost na przyczynę choroby. Świadczy o tém poprawa we wszystkich objawach, jak między innemi odporność wobec zakażenia przyrannego i mniejsza częstość zgorzeli. D. podaje 3—6 gm. salicynu na pół godziny przed obiadem, a po zniknięciu cukru w moczu pozwala nawet na używanie dziennie jednéj porcyi potrawy bezazotowéj, po poprzedniém jednak zażyciu 3—6 grm. salicynu. Dalsze doświadczenia wykażą, czy wyniki i w wyższych stopniach cukrzycy będą równie korzystne. (*Wiener med. Blätter*, 1885, Nr. 26).

(S.) **Leczenie błonicy nadniedokwasem wodu.** Zastosowanie środków antybakteryjnych w chorobach infekcyjnych, tak usprawiedliwione teoretycznie, rozbijało się zawsze o trudność uniknienia objawów zatrucia przy dawkach nieco większych, podczas gdy dawki mniejsze i roztwory nieszkodliwe nie mogły rozwinąć działania przeciwgrzybkowego. Badania Tharanda, Schönbeina i Stöhra nad silnie utleniającemi własnościami H_2O_2 wykazały, że niszczy on energicznie twory mikropasorzytnicze, nietracąc przy przechodzeniu przez błony zwierzęce swych własności katalitycznych. Podało to myśl szwajcarskiemu lekarzowi Vogelsangowi (*Memorabilien*, III, 1885) zastosowania tego środka w dyfteryi. Świetne rezultaty, jakie miał przytém otrzymać, opiera on na 2 dopiero leczonych w ten sposób przypadkach, które przedstawiały obraz prawdziwéj ciężkiéj dyfteryi, z wybitnemi błonami dyfterytycznemi na połyku, z gorączką 40°C., upadkiem sił wysokiego stopnia i białkomoczem. Wszystkie te objawy już na następny dzień miały znacznie sfolgować po użyciu 2% rozczynu (*Rp. Sol. hydrogen. superoxydat. (2%) 120·0 Glycerin. 3·0 M.D.S.* Co ½—2 godz. łyż. od kawy). Już po pierwszych dawkach wykrztuszały dzieci masę błon, ilość moczu zwiększyła się, noc była spokojna, białko znikło, ciepłota 37·6 (gdy dnia poprzedniego wynosiła 40°C.). Przy dalszém używaniu H_2O_2 po dwóch dniach od rozpoczęcia leczenia wśród wybitnéj euforyi miały ustąpić wszystkie objawy bez nawrotów. V. zaleca usilnie stosowanie tego środka w dyfteryi, dodając że można go także stosować w postaci inhalacyj przyrządem Sigla. (*Wiener med. Blätter*, 1885, Nr. 26).

(S.) Na posiedzeniu francuskiego Zjazdu chirurgów podał Verneuil wiadomość **o moczu barwy różowéj.** Wyniki swoich poszukiwań w tym przedmiocie, którym się już od roku 1867 bliżéj zajmuje, streszcza on w następujących punktach: 1) Mocz po pewnych zranieniach i operacyjach przybiera barwę różową

skutkiem osadu strącającego się na ścianach naczynia, a składającego się z istoty, którą V. nazywa kwasem różowym. 2) Występuje on dość szybko, niekiedy wnet po urazie, a towarzyszy mu zwykle zmniejszenie ilości i zagęszczenie moczu. Wydzielanie takiego moczu trwa nie dłużéj nad 3 dni, skutkiem czego łatwo może być przeoczoném. 3) Wywołują go urazy i rany rozmaitego rodzaju, otwarte i międzymiąższowe, u wprzód już chorych i u zdrowych na pozór. Bliższe jednak badanie co do innych towarzyszących objawów lub téż sekcyja wykazuje dość stale różne zmiany w wątrobie, jak marskość, chroniczny zastój, torbielki lub raka. 4) Najstalszym jest ten objaw w zmianach będących następstwem alkoholizmu, przyczém ten ostatni jest przyczyną usposabiającą, uraz zaś bezpośrednim bodźcem do wydzielania moczu różowego. 5) Ztąd przypisuje mu V. pewne znaczenie dyjagnostyczne w przypadkach, gdzie te zmiany w wewnętrznych narządach przebiegają w sposób utajony, a nawet i 6) co do rokowania gdyż objaw ten poprzedza zwykle następowe krwotoki i zgorzel. 7) Dla zapobieżenia tym możliwym komplikacyjom zaleca V. ścisłe przestrzeganie antyseptyki i staranne tamowanie krwotoku. (*Wiener med. Blätter*, 1885, Nr. 26).

(S.) Fürbringer z Jeny podał na Zjeździe klinicystów wewnętrznych w Wiesbadenie spostrzeżenia swoje **o białkomoczu na tle kiły i używaniu rtęci**. Stwierdził on w przebiegu leczenia rtęcią w okresie zmian drugorzędnych 8% przypadków białkomoczu z niezbyt znaczną ilością białka (poniżéj 0·5%). Nie znajdował jednak żadnych składników morfotycznych w moczu, któreby wskazywały na rozlaną zapalną naturę tego objawu. W 12% zaś kiłowych w okresie erupcyi spostrzegał białkomocz u osób, które nie używały rtęci (w przecięciu 0·1% białka); tu leczenie przeciwkiłowe usuwało wraz z innemi objawami i białkomocz, który uważa za objaw lekkiego zapalenia ostrego nerek w następstwie zakażenia.

Dr. Schuster z Akwizgranu potwierdził w dyskusyi spostrzeżenia F., dodając, że białkomocz w następstwie używania rtęci jest jednym z pierwszych objawów zatrucia, z którego wystąpieniem należy przerwać leczenie, jak z drugiéj znowu strony białkomocz na tle kiły nie stanowi wcale przeciwwskazania do używania rtęci, ale nawet przeciwnie ustępuje po rozpoczęciu tego ogólnego leczenia. Schuhmacher z Akwizgranu rozszerza jeszcze to wskazanie nawet na te przypadki, gdzie już przed zakażeniem kiłowém istniało zapalenie przewlekłe nerek, dołączając jednak do leczenia rtęcią kąpiele ciepłe. Nie widział on przytém leczeniu nietylko pogorszenia stanu nerek, ale nawet pewną poprawę, którą odnosi do używania kąpieli ciepłych. Ziemssen z Wiesbadenu nie obserwował w ogóle białkomoczu w następstwie leczenia rtęcią, przypisując to oględnéj metodzie, któréj używa w własnéj praktyce. Co się tyczy białkomoczu towarzyszącego kile, to jak to wykazuje na kilku przykładach, byłyto przypadki uznane, wbrew rozpoznaniu internistów i syfilidologów, przez okulistów za białkomocz niezależny od kiły, zmiany bowiem na siatkówce przedstawiały im się jako prosta *retinitis albuminurica*. (*Wien. med. Blätter*, 1885, Nr. 28).

(S.) **Kąpiele z nadmanganezianu potasu** okazały się bardzo skuteczne w pewnych chorobach skórnych, jak opisuje Dr. Hüllman z Hali (*Allg. med. Centr. Ztg. Arch. für Kinderheilk.*). H. wyleczył niemi w krótkim stosunkowo czasie przypadek wyprysku na tle zołzów u dziecka, który opierał się wszelkiemu dotąd leczeniu. Środek ten poleca i w innych chorobach skóry na tle zołzowém, świerzbiączce, wyprzaniu itp. w postaci kąpieli pełnych w takiém rozcieńczeniu, aby woda przybrała odcień fijoletowo-czerwony.

(S.) **Siarkan miedziowy** według Charpentiera ma cenne zalety jako środek przeciwgnilny i ściągający. C. zaleca go gorąco ginekologom, przyznając mu nawet wyższość nad kwasem karbolowym, a jako środkowi ściągającemu nad Fe_2Cl_6. Ma on w pierwszych 8—10 dniach połogu stosowany w 1% rozczynie przy 36—38°C. szybko obniżać gorączkę i ilość tętna, działając korzystnie na proces miejscowy. (*Wien. med. Blätt.*, 1885, Nr. 28).

IV. Listy z Madrytu o cholerze.

Podał Dr. M. Buzdygan.

I.

Madryt dnia 24 Lipca 1885.

W niniejszym liście mam zamiar przedstawić Szanownym Kolegom obecną opiniję, jakiéj doznaje we wszystkich warstwach społeczeństwa rozgłośna sprawa szczepienia cholery przez Dra Ferrana. Od początku wybuchu tegoroczn[é]j cholery w Hiszpanii po dni ostatnie dokonał Dr. Ferran wraz z swymi pomocnikami przeszło 40.000 zaszczepień, a w téj liczbie na 380 lekarzach, ich rodzinach oraz uczniach medycyny, którzy jedni z pierwszych służyli mu za przedmiot doświadczeń. Pokaźna ta liczba powinna już była wyrobić jakie takie pojęcie o skutkach dodatnich albo ujemnych tych doświadczeń. Niestety rzecz ma się tu wręcz przeciwnie, im więcéj robi się doświadczeń tym większe powstaje zamięszanie i większa różnorodność pojęć. Z jednéj strony słyszy się wiele o zbawiennych skutkach inokulacyi, która zdaje się już przekonywać i zaciętych wrogów i wpajać wiarę w siebie, jako jedyny i niezawodny środek zabezpieczający od cholery, aliści z drugiéj strony znowu wkrótce rozwieje te piękne nadzieje pogłoska puszczona w obieg o niefortunnych rezultatach, gdzie zaszczepieni w pewnéj okolicy z małemi wyjątkami ulegli zjadliwéj chorobie. Wtedy Rząd każe zaniechać dalszych szczepień lub pozwala wykonywać je samemu Drowi Ferranowi a zabrania jego pomocnikom. — Do rzucania popłochu w opiniję publiczną i dyskredytowania doświadczenia Dra Ferrana przyczyniły się znacznie pielgrzymki do Walencyi uczonych francuskich i belgijskich, którzy bardzo lekko wyrażają się o twórcy inokulacyi a zaprzeczają nawet egzystencyi prątków cholerycznych w płynie używanym do szczepienia, Dr. Brouardel zaś miał się złośliwie wyrazić, że Dr. Ferran nie mógł widzieć *coma bacillus*, bo nie posiada nawet odpowiedniego mikroskopu. Takie pogłoski puszczane w świat w niczém się nie przyczyniają do wyświecenia prawdy i dotąd nikt nie przeprowadził umiejętnéj kontroli i nie sprawdził na miejscu doświadczeń Dra Ferrana. Z drugiéj strony faktem jest brak statystycznych dat, któreby w cyfrach przedstawiały rezultat doświadczeń i to jest ciemną stroną w postępowaniu Ferrana. Ztąd w całéj Hiszpanii krążą o całéj téj tak żywotnéj sprawie najsprzeczniejsze zdania; a wiele osób ze sfer lekarskich i rządowych uważa Dra Ferrana za szarlatana, który na swéj inwencyi robi doskonałe interesa.

Jako wierny obraz obecnego chaosu panującego w opinii nad sprawą Ferrana może posłużyć orzeczenie jakie dał Wydział lekarski w Madrycie w tych dniach Rządowi o szczepieniu cholery na podstawie relacyj umyślnie *ad hoc* wysłanéj Komisyi.

Orzeczenie to zawiera 7 punktów:

1. Wydział lekarski zgadzając się z orzeczeniem Ko-

misyi wyraża przekonanie, że epidemija panująca obecnie w Hiszpanii jest cholerą azyjatycką.

2. Co do pytania, czy ta choroba ma charakter zaraźliwy, czy kontagijny,—Wydział nie powziął stanowczego zdania, stwierdza tylko, że ta choroba przenosi się z miejsc zarażonych na miejsca dotąd wolne.

3. Wydział przyjmuje zdanie Komisyi, że płyn używany przez Dra Ferrana do szczepienia zawiera *coma-baccillus*.

4. Działanie tego płynu zależy od jego mocy, a to znów od większéj lub mniejszéj ilości prątków w płynie zawartych.

5. Nie mając dokładnych dat statystycznych Wydział nie może dać orzeczenia co do skuteczności szczepienia.

6. Wydział nie podziela zdania Komisyi, jakoby szczepienie samo przez się było rzeczą nieszkodliwą.

7. Dopóki metoda Dra Ferrana będzie osłonięta najmniejszym cieniem tajemniczości i dopóki rezultata nie wykażą jéj skuteczności, Wydział nie może jéj brać ani pod swoję opiekę, ani zalecać jéj publiczności, którą owszem chce przestrzedz przed możebnemi złemi skutkami szczepienia cholery.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w czerwcu 1885.

Epidemija tyfusu brzusznego zmniejsza się coraz bardziéj, począwszy już od maja b. r. i tak gdy w kwietniu stwierdzono ją w 114 miejscowościach, w maju panowała już tylko w 109, a w czerwcu w 81 miejscowościach 29 powiatów. Także i liczba leczonych chorych znacznie się zmniejszyła: w kwietniu 2.923, w maju 2.553, w czerwcu zaś tylko 1.804, gdy zaś z końcem maja pozostało jeszcze w leczeniu 606 chorych, z końcem czerwca pozostało 413. W ciągu czerwca wygasł tyfus brzuszny w powiecie przemyskim, niskim, zaleszczyckim i horodeńskim, w których więcéj był rozszerzonym, natomiast wzmógł się w powiecie rawskim, w równéj mierze utrzymuje się w jasielskim i żółkiewskim, w innych znacznie złagodniała epidemija. Z ogólnéj liczby 1.804 chorych, leczonych na tyfus brzuszny w czerwcu, wyzdrowiało 1.302 czyli 72·2%, umarło 89 czyli 4·9% (w maju 6·3% a więc i pod tym względem polepszenie) pozostało w leczeniu 413 w 40 miejscowościach.

Bardzo szybko ustępuje epidemija tyfusu plamistego. Gdy w maju leczono ogółem 1.603 osób w 66 miejscowościach na tyfus plamisty, z których 393 w 33 miejscowościach z końcem miesiąca w leczeniu pozostało, przybyło w ciągu czerwca do tych chorych tylko 421 osób, tak że ogółem leczono w czerwcu 814 chorych w 43 miejscowościach a 23 powiatach. Z téj liczby 814 chorych wyzdrowiało 667 czyli 81·9%, umarło 49 czyli 6%, pozostało w leczeniu 98 osób w 14 miejscowościach. W powiecie drohobyckim, w którym jeszcze w maju 11 gmin było nawiedzonych tyfusem plamistym, w czerwcu wygasła ta choroba zupełnie, toż samo w tarnopolskim (4 gmin), w innych powiatach epidemija ustępuje stopniowo. Więcéj niż 50 chorych w jednéj gminie stwierdzono w czerwcu tylko w Kozinie w powiecie stanisławowskim, w któréj na ludność 461 osób, zapadło od 16 marca br. 144 osób (z tych wyzdrowiało po koniec czerwca 108, umarło zaś 9 osób) daléj w Staroropie w pow. staromiejskim, gdzie na ludność 1.236 zachorowało 170 osób, z tych umarło 23, reszta wyzdrowiała.

Tyfus powrotny, który w jednéj gminie powiatu jaworowskiego panował, wygasł w połowie czerwca; z 21 leczonych chorych wyzdrowiało 17, umarło zaś 4 osób.

Płonica, która w kwietniu znacznie się zmniejszyła, a w maju znów przybrała większe rozmiary, w ciągu czerwca znów traci na rozszerzeniu, jakkolwiek śmiertelność jéj nie zmniejszyła się. W maju leczono ogółem 843 osób dotkniętych płonicą, z tych wyzdrowiało 67·5%, umarło 14%, pozostało w leczeniu 156 osób, do tych pozostałych przybyło w ciągu czerwca 444 chorych, a z ogólnéj liczby leczonych w czerwcu 600 chorych wyzdrowiało 403 czyli 67·2%, umarło 82 czyli 13·7%, pozostało w leczeniu 115 osób w 11 gminach, głównie w powiecie staromiejskim.

Dyfteryję stwierdzono w czerwcu w 5 gminach 5 powiatów. Z 63 leczonych w tym miesiącu chorych wyzdrowiało 31, czyli 49·2%, umarło 18 czyli 28·6%, pozostało w dwu miejscowościach 14 osób.

Czerwonka, która w maju tylko w trzech gminach panowała w czerwcu zaczęła się rozszerzać, aby jak corocznie w gorących miesiącach dojść do większego rozpowszechnienia.— W czerwcu stwierdzono tę chorobę w pięciu gminach pięciu powiatów, a z 101 leczonych chorych wyzdrowiało 49 czyli 48·5%, umarło 8 czyli 8%, pozostało w 4 gminach 44 osób w leczeniu.

Odra znów nieco się zmniejszyła; w czerwcu stwierdzono ją w 86 miejscowościach w 29ciu powiatach (w maju 102 gminy w 30 powiatach), przeważnie w powiecie krakowskim (13 miejscowości), w sanockim (10 miejsc.), w myślenickim (9 miejsc.), w sądeckim (7 miejsc.), w powiecie żywieckim już tylko w pięciu miejscowościach (w marcu 26).—Z 4.256 chorych leczonych na odrę w czerwcu wyzdrowiało 3.051, czyli 71·7%, umarło 153 dzieci czyli 36%, pozostało w leczeniu 1.052 w 44 gminach.

Krztusiec wzmaga się; w czerwcu stwierdzono go w 39 miejscowościach w 24ch powiatach, z ogólnéj liczby leczonych 2.021 chorych (w maju 1.637, w kwietniu 1.922), wyzdrowiało 1.299 czyli 64·3%, umarło 76 czyli 3·8% (w maju 4·8%) pozostało w leczeniu 646 osób, przeważnie w powiatach złoczowskim, myślenickim, wielickim i brzozowskim.

Ospa zaczyna wygasać i tak podczas gdy w maju w stolicy kraju i w 83 miejscowościach (w 23 powiatach) stwierdzono 1.415 chorych, w czerwcu było w 76 miejscowościach tylko 1.265 chorych, z tych wyzdrowiało 587 czyli 81·6% szczepionych, 282 czyli 52·5% nieszczepionych, umarło 41 czyli 5·6% szczepionych, 157 czyli 29·2% nieszczepionych; pozostało w leczeniu 100 szczepionych i 98 nieszczepionych (z końcem maja pozostało 189 szczepionych i 149 nieszczepionych). — W mieście Lwowie leczono w czerwcu 92 chorych ospowych, z tych umarło 2 szczepionych, 18 nieszczepionych, pozostało w leczeniu tylko 4, reszta wyzdrowiała. Najwięcéj rozpowszechnioną była ospa, jak w poprzednich miesiącach w pow. sądeckim w 14 miejscowościach, w tym jednym powiecie było w czerwcu 315 chorych ospowych w leczeniu, z tych umarło 57, pozostało na lipiec 53 chorych. Mniéj rozszerzoną była ospa w powiecie gorlickim, z 235 chorych ospowych leczonych w tym powiecie w 12tu gminach, wyzdrowiało 188, umarło 26, pozostało w leczeniu 21 chorych w trzech gminach.—Więcéj niż 25 chorych w jednéj gminie stwierdzono w Iwkowy (pow. Brzesko) 75 chorych; w powiecie gorlickim w Małastowie (26), w Pętny (44), w Sękowy (26) i w Uściu ruskiém (30); daléj w mieście Gródku (27 chorych), w Kamienicy (pow. limanowski) 35 chorych, w pow. sądeckim: we wsi Krynicy 49 chorych, tyleż w Tyliczu, w Muszynie 60; w Mikowie (w pow. sanockim) 27 chorych i w Siedliskach (pow. tarnowski) 32 chorych.

Lwów dnia 28 lipca 1885.

Dr. Józef Merunowicz.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 5—11 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 33,6. Z odry umarło 4 (3 z. t.); z płonicy 2 (1 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z krztuśca 2 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 20 przypadkach odry, 5 płonicy, 6 krztuśca, 1 czerwonki. W tygodniu od 28 czerwca do 4 lipca umarło z ospy w Frankfurcie n.M. i Liwerpolu po 1; w Pradze 2; w Warszawie i Petersburgu po 3; w Bazylei i Paryżu po 4; w Londynie 26; w Wiedniu 36. Zapadło na ospę w Wrocławiu, Hamburgu, Szczecinie po 1, w Królewcu 2, w Wiedniu 88, w Londynie 94. Tyfus panuje w Wiesbadenie, gdzie zapadło 476. Z duru osutkowego umarł 1 w Londynie. Na cholerę zachorowało w Hiszpanii od 22 czerwca do 3 lipca 13,038, a umarło 6,186.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 28 czerwca do 4 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 39,5; w Poznaniu 30,0; w Warszawie 24,4; w Berlinie 27,9; we Wrocławiu 31,7; w Gdańsku 28,2; w Hamburgu 25,4; w Lipsku 23,1; Mnichowie 32,9; w Amsterdamie 21,5; w Bazylei 21,2; w Brukseli 21,0; w Chrystyjanii

22,3; w Kopenhadze 19,3; w Londynie 17,5; w Odesie 47,4; w Paryżu 19,4; w Petersburgu 25,2; w Pradze 34,8; w Rzymie 21,6; w Stokholmie 23,9; w Wenecyi 21,8; w Wiedniu 31,1; w Zurychu 21,5. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 lipca. Ponieważ Redaktor Przeglądu Lek. przed kilkunastu dniami zapadł na zdrowiu, zastępuje go w czynnościach Doc. Dr. K. Grabowski; tenże zastępować go téż będzie odtąd aż do jego powrotu z wakacyj, w skutek tego upraszamy, aby wszelkie korespondencyje przesyłano pod adresem Dra Grabowskiego (ulica św. Filipa Nr. 191).

* Bown Lenval w Nicei przeznaczył 3,000 franków jako nagrodę dla wynalazcy przyrządu, któryby najlepiéj poprawiał bystrość słuchową u osób dotkniętych przytępieniem słuchu. Przyrząd ten ma być zbudowany na zasadzie mikrofonu i ma być wygodny do ciągłego noszenia. Przyrządy tego rodzaju zupełnie wykończone należy przesyłać do jednego z członków jury po dzień 31 grudnia 1887. Przewodniczącym jury jest prof. Hagenbach-Bischoff w Bazylei, członkami: Dr. Benni w Warszawie, prof. Dr. Burckhardt-Merian w Bazylei, Dr. Gellé w Paryżu i prof. Dr. Politzer w Wiedniu. Ogłoszenie wyroku jury nastąpi na 4tym Zjeździe otyjatrów w Brukseli (we wrześniu 1888 r.),

* W Cieplicach czeskich bawiło dotąd gości 5.435, w Gainfarn 906, w Luhaczowicach 1053, w Szczawnicy 2.083, w Gleichenbergu po dzień 21 lipca 3392 osób.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Docent prywatny Dr. B. Hatschek z Wiednia został zamianowany zwyczajnym profesorem zoologii na Uniwersytecie niemieckim. Dr. Jakób Fischel nadzwyczajny profesor psychijatryi na Wydziale lek. niemieckim w Pradze został przeniesiony w stan spoczynku, z wyrażeniem Najwyższego uznania. — **Wiedeń.** Docent med, wewn. Dr. Józef Breuer złożył tytuł docenta.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. F. Keesbacher, koncypient sanitarny Namiestnictwa w Krainie został zamianowany radzcą rządowym i referentem spraw lekarskich w témże Namiestnictwie. — Dr. P. Winkler w Poznaniu został zamianowany radcą lekarskim i członkiem kolegijum lekarskiego dla okręgu poznańskiego. — Dr. Vallin został obrany członkiem paryskiéj Akademii lekarskiéj na miejsce opróżnione przez śmierć Fauvela.

* **Nekrologjia.** W Rożniatowie w Królestwe umarł w 75 roku życia Dr. Teofil Pieczyński, b. wychowaniec wszechnicy wileńskiéj.— W Gastein umarł prof. Dr. Ludwik Schlager, licząc lat 56. Zmarły był uczniem Uniw. wiedeńskiego, od roku 1853 do 1860 sekundaryjuszem, od 1873 dyrektorem c. k. niższo austryjackiego zakładu dla obłąkanych w Wiedniu. Od roku 1878 był S. członkiem Najwyższéj rady sanitarnéj. Dotknięty od dłuższego czasu chorobą nerek nie był zdolnym do zajęć zawodowych od maja r. b. Kierownictwo zakładu objął tymczasowo radzca sanitarny Dr. Maurycy Gauster. — W Währing pod Wiedniem zmarł Dr. Albert Wagner, długoletni kierownik zakładu kąpielowego w Piszczanach.— W Salzbrunn zmarł znany wrocławski neurolog Dr. Oskar Berger w 41 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 30: Stankiewicza: Olbrzymi tłuszczak włóknisty okolicy lędźwiowéj. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 30: Fingera: Przyczynek do patologii i terapii rzeżączki cewki męskiéj; Kijewskiego: Sprawozdanie z sekcyj wykonanych w pracowni anatomo-patologicznéj prof. Brodowskiego w drugiém półroczu 1884 (dok.); Dreckiego: Z kazuistyki sądowo-lekarskiéj. Otrucie arszenikiem za życia rozpoznane sekcyją i rozbiorem chem. stwierdzone; Elsenberga: Przyczynek do statystyki szpitalnéj.

Redakcyja otrzymała:

T. HERING: Contribution a l'étude des érosions dites catarrhales et de leur rapport avec la tuberculose du larynx. (Odbicie z „Revue mensuelle de laryngologie itd.“)

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. B. we Lwowie. Artykuł otrzymaliśmy.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. K. Grabowski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod tymcz. zarządem Bol. Dembowskiego.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 8 sierpnia 1885. № 32. Rok XXIV.

I. Z pracowni chemii lekarskiéj prof. Dra Stopczańskiego i z oddziału chorób wewnętrznych prof. Dra Pareńskiego.

Doświadczenia nad antipyrynem, jako środkiem przeciwgorączkowym z uwzględnieniem jego wpływu na przemianę materyi.

Podał Dr. Józef Wiczkowski,
asystent zakładu chemii lekarskiéj.

Od czasu kiedy poznano dzielne własności lecznicze chininu, zajmowali się chemicy badaniem budowy tegoż alkaloidu. Zachętą dla nich była nadzieja, iż w razie zyskania pewnych podstaw mogą pokusić się o utworzenie chininu drogą syntezy, z czém w związku byłaby nietylko zdobycz dla ścisłéj umiejętności, lecz zarazem wielorakie korzyści przez oddanie chininu niby sztucznego w ręce klinicystów. Wśród tych badań okazało się, iż prawdopodobnie punktem wyjścia do sztucznego utworzenia téj zasady mogłaby być chinolina, którą wykazano między produktami rozkładowemi chininu, do czego nadto pobudzała własność chinoliny jako środka przeciwgorączkowego. Dalszą drogę w tym kierunku wskazały prace Bayera i Skraupa, którym udało się syntetycznie otrzymać chinolinę, jakotéż identyczność téj chinoliny z chinoliną jako produktem rozkładowym chininu lub cinchoninu. A gdy Bayer (*Synthese des Chinolins. Ber. d. deutsch. chem. Gesell. XII. Jahrg.*) otrzymał chinolinę z hydrokarbostyrylu, to w rok późniéj Skraup (*Synthetische Versuche in der Chinolinreihe. Monatshefte für Chemie.* r. 1881) otrzymał ją ogrzewając jednę część aniliny z dwiema częściami kwasu siarkowego i jedną częścią gliceryny do ciepłoty 180°. W dalszym toku prac nad chinoliną uzyskano znaczny szereg przetworów przedstawiających poniekąd ścisłe związki chemiczne, a niektóre z nich okazały przy doświadczeniach klinicznych własności przeciwgorączkowe, jakkolwiek ciała identycznego z chininem, mimo wielokrotnych usiłowań ze strony chemików, dotąd nie otrzymano.

Do rzędu dopiero co wskazanych i z chinoliny otrzymanych połączeń chemicznych należą: kairyn E i M (etylo- lub metylowodór oxychinoliny $C_9H_9(OH).N.C_2H_5$), tallin (tetrahydroparachinanisol $C_{10}H_{13}NO$), antipyryn, po którém téż dla jego własności leczniczych najwięcéj sobie obiecują. Ten ostatni przetwór otrzymał Dr. Knorr (*Einwirkung von Acetessigester auf Hydrazinchinizinderivate. Ber. d. deut. chem. Gesell.* XIII Jahrg.) z Erlangi w sposób następujący: Działając zgęszczoną parą estru aceto-octowego na fenylhydracyn (produkt aniliny inaczéj zwany amidaniliną) otrzymał oxymethylchinicyn wedle wzoru:

$$C_6H_5N_2H_3 + C_6H_{10}O_3 = H_2O + C_2H_5OH + C_{10}H_{10}N_2O$$

następnie ogrzewając do 100° w rurce zatopionéj mięszaninę oxymethylchinicynu, jodku metylu i alkoholu metylowego dostał ciało dimetyloxychinicyn. Derywatem tego dimetyloxychinicynu jest tak zwany antipyryn.

Antipyryn przedstawia się jako pulchny proszek krystaliczny, szarawo-biały, pod mikroskopem w postaci małych blaszek. Rozpuszcza się bardzo łatwo w wodzie, gdyż 10 części antipyrynu w 6 częściach wody, łatwo także w alkoholu, trudno w eterze. Rozczyn wodny oddziaływa obojętnie, smak ma gorzkawy, smak ten jednak nie jest tak trwały i silny, jak smak chininu. Rozczyn wodny z chlorkiem żelazowym barwi się czerwono, z kwasem azotawym niebieskawo-zielono. Według doświadczeń Filehnego (*Zeitschrift f. klin. Med.*, t. VII, z. 6) antipyryn posiada własność działania przeciwgorączkowego.

Zadaniem moich doświadczeń było obok stwierdzenia wkońcu nadmienionego działania przeciwgorączkowego antipyrynu zbadanie bliższe, w jakim stanie przechodzi on przez ustrój, jak się zachowuje pod jego wpływem przemiana materyi w ustroju gorączkującym, z czego zarazem najlepiéj poznać będzie można wartość leczniczą tego przetworu. Ku temu celowi służył mi materyjał z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Ła-

zarza odstąpiony mi łaskawie przez Prymaryjusza tegoż oddziału prof. Dra Pareńskiego.

Działania antipyrynu doświadczano u rozmaitych chorych gorączkujących a to: w 12 przypadkach zapalenia płuc dławcowego, w 8 przypadkach duru brzusznego, w 3 duru osutkowego, w 3 róży, w 6 ostrego gośćca stawowego, w 2 zimnicy, w jednym gruźlicy ostréj rozsianéj, w jednym gruźlicy ostréj miejscowéj, w jednym gruźlicy miejscowéj przewlekłéj, w jednym zapalenia nieżytowego migdałków, w 2ch ropnicy. Przy tych doświadczeniach spostrzeżono, że antipyryn w większéj części przypadków obniża ciepłotę stale i pewnie. Ciepłota opada zwolna, niekiedy wśród bardzo obfitych potów trwających 2 do 3 godzin i to bez objawów zapadu. Tylko u choréj z zapaleniem płuc dławcowém (Sołtysówna, p. przyp. 12), jakotéż u choréj z gruźlicą prosówkową rozsianą (Kramarska, p. przyp. 13) spostrzeżono zapad towarzyszący obniżaniu się ciepłoty; u pierwszéj jednak stwierdzono wśród przebiegu choroby obecność astmy, a więc możliwą jest rzeczą, iż napad astmatyczny przypadł równocześnie z obniżeniem się ciepłoty wywołując przy obecności nacieku zapalnego zajmującego prawie całe prawe płuco znaczną duszność z osłabieniem czynności serca. W drugim przypadku już 0·5grm. antipyrynu wywoływało wybitny zapad; nie można tutaj na razie rozstrzygnąć, czy chora okazywała idiosynkrazyję do antipyrynu, czy też zawisłém to było od natury choroby.

Stopień obniżenia ciepłoty przy podawaniu antipyrynu uwzględniając różne przypadki chorob gorączkowych zależny jest częściowo od indywidualności chorego, od rodzaju i nasilenia choroby, a wreszcie od wysokości gorączki; głównie jednak z uwzględnieniem dopiero co wskazanych danych od wielkości dawek antipyrynu i od sposobu postępowania w podawaniu tychże, przyczém spostrzeżono pewną typowość w obniżaniu ciepłoty zależną również od wymienionych okoliczności. Dawki zalecane przez Filehnego mianowicie 2 razy co godzinę po 2 gramy, a w trzeciéj następnéj gram podane u obserwowanych chorych odpowiadały po większéj części oczekiwaniom. Nie można jednak tego sposobu podawania uważać za stałą regułę, albowiem przekonano się, iż w niektórych przypadkach już o wiele mniejsze dawki przynosiły pożądany skutek, gdy tymczasem w innych przypadkach większe dawki, niż dawka Filehnego, wcale nie obniżały ciepłoty lub tylko mało co i to na krótki przeciąg czasu. Np. w wspomnianym już przypadku gruźlicy prosówkowéj rozsianéj u choréj Kramarskiéj już 0·5 grm. antipyrynu obniżyło ciepłotę aż do stanu subnormalnego, gdy tymczasem w przypadku duru brzusznego (u chorego Kowalskiego, patrz przyp. 9. i tablicę) zaledwie 9 grm. podanych co godzinę, w dawce jedno- do dwugramowéj zdołało obniżyć ciepłotę niżéj 38° i to tylko na przeciąg 5 godzin. To też w wielu pazypadkach w celu doświadczenia skuteczności antipyrynu podawano go w dawkach dowolnych (od 0·5gr. do 3gr. *pro dosi* a od 2gr. do 9grm. i 12grm. *pro die*). Rozumie się samo przez się, iż dawki zwiększyć należy, jeżeli mniejsze nie działają, przyczém nadmieniam, iż śmiało, bez obawy, można powiększyć tak dawki pojedyncze, jakotéż dzienne, w każdym jednak razie lepiéj pojedyncze. Antipyryn najlepiéj podawać *per os* w opłatku i popić wodą, a lepiéj winem. W winie rozpuszczony antipyryn wywołuje obrzydzenie jego smaku; podskórnie wstrzykuje się 0·5grm. do 1 grm.; ze względu na wielką bolesność raz tylko uciekałem się do tego sposobu użycia, w lawatywach można podawać 2—4grm. na dawkę. Na szczególniejszą uwagę zasługuje, że obniżenie ciepłoty przy podawaniu antipyrynu u chorych gorączkujących utrzymuje się na pewnym spadku przez pewien dłuższy lub krótszy przeciąg czasu (od 5—30 godzin), co jest zawisłém od różnych powyżéj wymienionych okoliczności, poczém ciepłota zwolna się podnosi, rzadko kiedy dochodząc do wysokości ciepłoty przed podaniem antipyrynu. W czasie obniżenia się ciepłoty nie widziano przypadu przykrego dla chorego: dreszczów, które występują przy użyciu kairynu, a do obniżenia ciepłoty nie zawsze są koniecznemi dawki większe, albowiem niekiedy i dwa gramy do tego wystarczają. Zarazem ustrój nie przyzwyczaja się do tego leku, gdyż w razie podniesienia się ciepłoty po użyciu większych dawek wystarczają nawet o wiele mniejsze, aby ciepłotę ponownie obniżyć. Równocześnie i prawie równolegle z obniżeniem się ciepłoty i tętno stawało się coraz wolniejsze, tętnice lepiéj napięte; na oddech wpływ antipyrynu bywa mało widoczny. Że rzeczywiście antipyryn nie działa szkodliwie na czynność serca, przekonałem się także przez doświadczenia wykonane w pracowni farmakologicznéj prof. Dra Łazarskiego, na zwierzętach kuraryzowanych, którym wprost do żyły wstrzykiwano antipyryn.

Jedynym niemiłym objawem towarzyszącym najczęściéj tylko obniżeniu się ciepłoty są wymioty; uważałem je względnie najczęściéj w przebiegu róży. Prócz wymiotów żadnych innych przypadów ze strony narządu pokarmowego nie było; natomiast uważano, że stolec stawał się mniéj częstym, zwłaszcza w przebiegu duru brzusznego (*propter* czy tylko *post hoc?*) Wysypkę przy użyciu antipyrynu występującą spostrzegłem tylko w jednym przypadku, i to natura jéj wątpliwa (patrz przypadek 5ty).

Jako odpowiedź na pytanie, czy antipyryn przy podawaniu go chorym gorączkującym przechodzi przez ustrój jako taki, służy nam poniekąd zachowanie się moczu. Mocz po użyciu antipyrynu, jak to już wykazywano, przybierał barwę nieco ciemniejszą, ilość moczu zmniejszała się, ilość białka znajdującego się w moczu nie zwiększała się, ilość chlorków, która w chorobach w czasie nasilenia niekiedy jest znacznie aż do 0 zmniejszoną, nie zwiększała się w czasie obniżenia się ciepłoty przez podanie antipyrynu, któreto zmniejszenie się nie ustępowało nawet przy wewnętrznem użyciu do 4 grm. soli kuchennéj i przy braku stolców. Mocz po dodaniu chlorku żelazowego barwił się ciemnoczerwono; oddziaływanie występowało niekiedy już we dwie godziny po użyciu antipyrynu a utrzymywało się i przez dwa dni po zaprzestaniu jego użycia. Mocz w ilości 200 do 300sz.cm. zakwaszano kwasem chlorowodowym lub kwasem siarkowym i wytrawiano czystym eterem w sposób znany; wyciąg eteryczny starannie oddzielony dał po ulotnieniu się eteru pozostałość częściowo przypominającą przez swą krystalizacyję przy badaniu drobnowidowém blaszki antipyrynu. Pozostałość ta w rozczynie wodnym dała z chlorkiem żelazowym i z kwasem azotowym oddziaływania odpowiadające antipyrynowi. W końcu nadmienione doświadczenia dowodzą, że antipyryn przynajmniéj w pewnéj swéj części przechodzi jako taki przez ustrój, pominąwszy możebny tu zarzut, iż do oddziaływań dotyczących mogłyby się i inne ciała przyczynić. Ilość kwasu siarkowego tak zwanego związanego (w połączeniu z ciałami aromatycznemi w moczu) zwiększa się po użyciu anti-

pyrynu, a więc pod tym względem zachowuje się antipyryn podobnie jak inne ciała aromatyczne np. kairyn, resorcyn, kwas karbolowy, kwas salicylowy, kwas pyrogalusowy itp.

(Ciąg dalszy nastąpi)

II. O rozpoznawaniu jam w miąższu płucnym.

Wykład habilitacyjny **Dra W. Antoniego Gluzińskiego**, I asystenta kliniki lek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Jak Panom już wyżéj wspomniałem niezbędnym warunkiem dla powstania objawu Wintricha jest swobodna komunikacyja jamy z oskrzelem. Ile razy ujście oskrzela będzie z jakiegokolwiek powodu zamknięte, tyle razy objawu Wintricha nie stwierdzimy. Zamknięcie to dość często sprawia płyn znajdujący się w jamie, jeżeli badanemu nadamy położenie takie, że otwór oskrzela będzie w ścianie najniżéj położonéj, w tę bowiem stronę spłynie cała treść jamy. Weźmy przykład: otwór oskrzela znajduje się na tylnéj ścianie jamy. W takim razie w położeniu na wznak, a więc w położeniu, w którém najczęściéj chorego badamy, objawu Wintricha nie wywołamy, bo ściana tylna oskrzela posiadająca otwór będzie najniższą, a więc otwór ten będzie zamknięty przez spływającą treść. Możemy jednak zmienić warunki: chorego badać w położeniu siedzącém, względnie stojącém, treść spłynie na ścianę inną, tj. dolną, odsłoni otwór oskrzela i zdobyliśmy w ten sposób warunek dla pojawienia się objawu Wintricha. To pojawienie się objawu Wintricha u badanego w jedném położeniu a znikanie przy badaniu w drugiém położeniu stanowi cechę odgłosu bębenkowego zwaną przerywanym objawem Wintricha.

Łatwo pojąć, że objaw ten nie tak często możemy stwierdzić. Nie spotkamy się z nim, gdy treść jamy będzie gęstą i lepką, a więc trudno zmieniającą położenie, gdy kilka oskrzeli w rozmaitych ścianach dochodzi do jamy, gdy otwór komunikujący jest znaczny a ilość treści niewystarczająca do jego zamknięcia, gdy wreszcie oskrzele znajduje się w górnéj ścianie jamy.

W każdym jednak razie stwierdzając objaw przerywany Wintricha upewniamy się nie tylko pod względem rozpoznania jamy, ale nabieramy pewnego pojęcia o jéj budowie, możemy bowiem ocenić na któréj ścianie znajduje się otwór oskrzela. W objawie przerywanym Wintricha zyskujemy nadto nieraz punkt oparcia dla różniczkowego rozpoznania między jamą a tak zwanym tonem tchawicowym (względnie oskrzelowym) Wiliamsa. Jak Panom wiadomo tchawica i grube oskrzela przedstawiają zupełne warunki dla powstania odgłosu bębenkowego i objawów Wintricha, o czém nad tchawicą w każdéj chwili przekonać się można. Nad oskrzelami głównemi w stanie fizyjologicznym nie otrzymujemy objawu Wintricha ponieważ oskrzela są przykryte powietrznym miąższem płucnym. Jeżeli jednak z jakiegokolwiek powodu miąższ ten staje się bezpowietrznym, zbitym, w takim razie w miejsce odgłosu jawnego otrzymujemy odgłos przytłumiono-bębenkowy, który przy otwarciu ust będzie się stawał wyższym przy zamknięciu niższym. Ton ten Williamsa nabiera o tyle jeszcze dla nas większego znaczenia, że spotykamy się z nim z przodu klatki piersiowéj w pierwszym i w drugim przestworze międzyżebrowym, tj. w miejscu gdzie tak często rozwijają się również i jamy gruźlicze. Jak rozróżnić w takim razie z czém mamy do czynienia, czy z jamą, czy tylko z oskrzelem otoczoném bezpowietrznym miąższem płucnym? Przy powierzchownéem położeniu jamy wystarczy nam dla odróżnienia ten szczegół, że nad jamą już przy słabéj perkusyi wywołamy objaw Wintricha, aby go zaś wywołać nad oskrzelem w głębi położoném, trzeba nam użyć perkusyi silnéj. W razie głębokiego położenia jamy różnica ta odpada, a uciec się nam należy do przerywanego objawu Wintricha. Jeżeli znajdziemy, że w pewném położeniu chorego objaw Wintricha zniknie, przemawia to za jamą, bo trudno sobie przedstawić, aby w główném oskrzelu mogła znajdować się ilość treści wystarczająca w jakiémkolwiek położeniu chorego do zamknięcia tak grubego oskrzela.

Kończąc uwagi nad objawem przerywanym Wintricha dodać mi wypada, że powinniśmy się do niego uciekać w każdym razie, jeżeli naturalnie stan chorego na to pozwala:

1) gdy właściwego objawu Wintricha nie stwierdzamy w położeniu, w którém rozpoczęliśmy chorego badać;

2) gdy chodzi nam o różniczkowe rozpoznanie między jamą a tonem Williamsa;

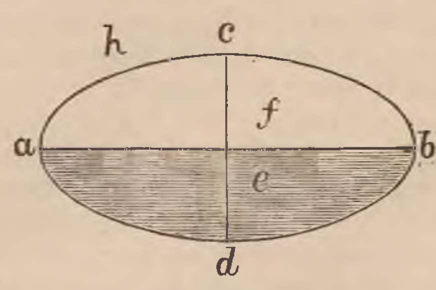
3) gdy chcemy się dowiedzieć na któréj ścianie znajduje się otwór oskrzela.

Trzecia cecha odgłosu bębenkowego nad jamą jestto cecha podana jeszcze w r. 1859 przez Gerhardta i dla tego nazwana przez Weila objawem Gerhardta.

Gerhardt spostrzegł, że nad jamą owalną odgłos bębenkowy zmienia swoją wysokość zależnie od położenia chorego, że np. w położeniu na wznak może być niższy w postawie siedzącéj wyższy lub odwrotnie. Tłumaczenie tego objawu podane przez Gerhardta mimo teoretycznego rozumowania Weila, utrzymało się do dziś dnia, a polega na przypuszczeniu, że zmiana położenia badanego sprawia w jamie niekulistéj zawierającéj powietrze i płyn zmianę jéj osi długiéj a z nią w związku i wysokości odgłosu.

Weźmy jamę, któréj oś długa idzie od góry ku dołowi czyli pionowo. W położeniu na wznak ciecz zajmie najniższe miejsce, powietrze najwyższe w sposób jak to przedstawia fig. 1. gdzie miejsce zacieniowane odpowiada cieczy.

Fig. 1.



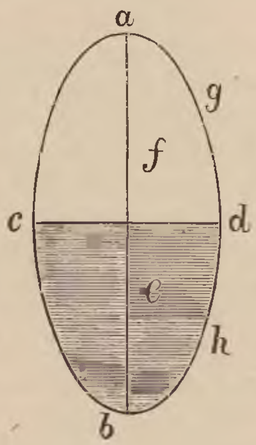
ab = oś długa jamy
cd = oś krótka jamy
e = ciecz
f = powietrze
c = miejsce opukiwania

Przy opukiwaniu wprawiamy więc w drganie słup powietrza równający się długiéj osi jamy. Gdy chory usiądzie, stosunki zmienią się w sposób łatwy do zrozumienia, który przedsta wia załączona fig. 2.

Wtedy przy opukiwaniu wprawiamy w drganie słup powietrza odpowiadający krótszéj osi jamy. Łatwo ocenić z tego, że opukując jamę tak położoną przy leżeniu na

wznak otrzymamy odgłos niższy, bo dłuższy słup powietrza wprawiamy w drganie, przy badaniu w postawie siedzącéj

Fig. 2.



ab = oś długa jamy
cd = oś krótka jamy
e = ciecz
f = powietrze
g = miejsce opukiwania

odgłos wyższy, bo słup drgającego powietrza będzie krótszy. To samo prawidło—tylko odwrotnie—zastosujemy i dla jam, których oś długa biegnie z przodu w tył, a więc poziomo i łatwo wtedy ocenić Panom, że tutaj znów przy leżeniu będzie odgłos wyższy przy siedzeniu niższy.

Objaw zatém Gerhardta nie tylko możemy zużytkować dla rozpoznania jamy, lecz przez niego możemy również nabrać pojęcia o jéj kształcie i kierunku z warunkiem, co podnoszę, że uwzględnimy okoliczność, która może podobne zachowanie się odgłosu bębenkowego wywołać. Wspomniałem bowiem Panom poprzednio, że na wysokość odgłosu bębenkowego nad jamą oprócz jéj osi długiéj wpływa wielkość otworu komunikującego oskrzela, i że ta wysokość stoi do niego w stosunku prostym. Zamknięcie częściowe, a tém bardziéj zupełne, oskrzela nietylko wpłynie na wyrazistość odgłosu bębenkowego, ale nadto uczyni go niższym. Jeżeli więc w pewném położeniu badanego ciecz zamknie oskrzele, otrzymamy odgłos wypukowy niższy aniżeli w położeniu w którém otwór oskrzela swobodnie będzie się łączył z jamą. Błędny ztąd wniosek moglibyśmy wyciągnąć o kierunku jamy, a uniknąć go możemy, gdy stwierdzimy, że otwór oskrzela pozostał drożnym w obydwu położeniach, w których wydobyliśmy rozmaitéj wysokości odgłos bębenkowy. Do tego posłuży nam objaw Wintricha, który, jak wiemy, tylko przy drożném oskrzelu może powstać. Przekonawszy się, że w obydwu położeniach objaw ten stwierdzamy, czyli że nie ma przerywanego objawu Wintricha, dopiero wtedy zyskujemy prawo do wysnuwania wniosków o kierunku jamy z objawu Gerhardta. Nie chcąc zamącać obrazu nie będę już wspominać i tłumaczyć mniéj ważnych ostrożności jakie zachować należy, jak niezmienianie pozycyi głowy na co zwraca uwagę Friedreich, uwzględnienie zmian w wysokości odgłosu bębenkowego nad miąższem zwiotczałym zależnie od położenia chorego itd., nie będę Panom również rozbierał jednego przypadku Habeina, a trzech Waetzolda, w których objaw Gerhardta doprowadził do mylnego rozpoznania kierunku jamy, a zwrócę tylko jeszcze uwagę na jeden szczegół, jaki przy wywoływaniu objawu Gerhardta możemy spostrzegać zanadto ważny dla rozpoznania jam, aby go można pominąć. Opukując jamę zawierającą powietrze i płyn w położeniu badanego na wznak otrzymamy odgłos bębenkowy mniéj lub więcéj jawny, bo powietrze jako lżejsze zajmie najwyższe miejsce (fig. 1); gdy chory usiędzie przekonywamy się, że dolna część miejsca (h w fig. 1 i 2), gdzieśmy wydobywali odgłos jawny stłumieje, gdyż ciecz, jako cięższa, spłynie w tę stronę. Jestto objaw jeden z pewniejszych dla rozpoznawania jam i dobrze na niego przy badaniu zwrócić uwagę.

Nim zamknę uwagi nad rozpoznawaniem jam wypukiem, wspomnę w krótkości o czwartym rodzaju odgłosu stwierdzanego nad jamami, tj. o odgłosie metalicznym. Spotykamy się z nim względnie rzadko bo téż trudne są warunki dla jego powstania. Niezbędnym jest bowiem do tego, aby jama była przynajmniéj wielkości pięści, jak się Škoda wyraża (według Wintricha 6 ctm. w średnicy), aby leżała blisko powierzchni, otoczona scianami zbitemi o powierzchni gładkiéj. Ten zwłaszcza ostatni warunek jest przyczyną, że nie tak często wywołujemy odgłos metaliczny nad jamą, i on téż jest przyczyną, że odgłos ten niknie, gdy powierzchnia staje się nierówną.

Dla wywołania odgłosu tego obojętną jest rzeczą czy jama komunikuje z oskrzelem lub nie, ztąd objaw Wintricha nie ma tu takiego znaczenia jak przy odgłosie bębenkowym. Na wysokość jednak jego ma wpływ długość osi, w kierunku któréj pukamy, objaw więc Gerhardta ma zupełne zastósowanie. Stwierdzony odgłos metaliczny daje nam silną podstawę do rozpoznania jamy nie bezwarunkową jednak, spotykamy się bowiem z nim i przy odmie piersiowéj; o czém niżéj wspomnę.

Zbierając razem uwagi nad rozpoznaniem jam wypukiem możemy powiedzieć: Żaden odgłos, tak jawny jak stłumiony, tak bębenkowy jak i metaliczny sam przez się nie jest charakterystycznym dla jam. Odgłos jednak metaliczny, a najczęściéj bębenkowy dają nam cenną wskazówkę rozpoznawczą. Rozpoznanie jednak wtedy na wypuku oprzeć możemy, gdy stwierdzimy podobne zachowanie odgłosu, jakie Panom wyżéj skreśliłem.

A więc: 1) gdy wywołamy objaw Wintricha, szczególniéj przerywany, bo wykluczymy odrazu ton tchawicowy Wiliamsa;

2) gdy wykażemy objaw Gerhardta;

3) gdy wśród obserwacyi w jednėm i tém samém miejscu stwierdzimy zamianę odgłosu np. stłumionego w jawny zwłaszcza po obfitszém odkrztuszeniu plwocin lub gdy tę zamianę odgłosu możemy wywołać przez zmianę położenia chorego.

Oprócz rozpoznania saméj jamy z objawu przerywanego Wintricha możemy dowiedzieć się na któréj ścianie leży otwór oskrzela komunikującego, z objawu zaś Gerhardta ocenić kierunek jamy.

Idealny musiałby być przypadek, w którym spotkalibyśmy się z całym zbiorem objawów wypukowych, które Panom podałem. Szukać ich zawsze powinniśmy, zwykle jednak znajdujemy tylko pewną część tychże; najczęściéj odgłos bębenkowy z objawem Wintricha, bo warunki dla niego najłatwiejsze, rzadziéj kombinacyję z 2 lub 3 wymienionych objawów. Łatwo ocenić, że rozpoznanie tém będzie dokładniejsze im kombinacyja objawów szersza. (Dok. n.).

III. Przyczynki do nerwic narządu moczo-płciowego.

Skreślił Dr. B. Skórczewski
lekarz zdrojowy w Krynicy.

III. Przemijające parcie na mocz.

Dieulafoy zwrócił uwagę, że w przewlekłych chorobach nerek pojawia się potrzeba częstego oddawania moczu,

co jednak nie zależy od ilości tegoż, lecz od zboczenia w czynnościach pęcherza; dla tego, aby odróżnić od polyurii nazwał to zboczenie „*pollakiuria.*“ Przyczyną tego zaburzenia ma być w tych przypadkach większa wrażliwość błony śluzowéj lub mięśni pęcherza, ale nie wiadomo, z jakiego powodu, bo w składzie moczu dopatrzeć się go nie było można.

Tego rodzaju zboczenie w oddawaniu moczu jest zjawiskiem dosyć częstém, a spostrzega się je w chorobach pęcherza, gdzie przyczyna leży w podrażnieniu zapalném tego narządu, także w wielu chorobach macicy, zwłaszcza w przodozgięciu, gdzie narządy sąsiednie mechanicznie drażnią pęcherz, uciskując go. Zdarzają się jednak przypadki, w których parcie na mocz nie da się odnieść do cierpienia nerek i nie da się wytłumaczyć ani cierpieniem zapalném pęcherza ani też mechaniczném jego uciskiem przez narządy w najbliższém sąsiedztwie leżące, i w których nie można wyszukać żadnéj przyczyny prócz zboczeń w czynności nerwów.

Ultzmann (*Wiener Klinik* 1879) uważa je za nerwice, które albo polegają na istotnéj zmianie chorobowéj włókien mięsnych, albo też występują jako samoistne nerwice ruchowe — jako kurcz wyżymacza pęcherza. Widziałem kilka przypadków chorobowych, które do téj grupy zaliczyćby można a które dla jasności genezy tego cierpienia opiszę.

W roku 1882 leczyłem w Krynicy 18 letnią panienkę z wybitnemi objawami blednicy, u któréj miesiączkowanie było bolesne, częstsze, bo co trzy tygodnie i bardzo obfite. Ból w czasie miesiączkowania rozchodził się na całą dolną część brzucha z głębi miednicy po lewéj stronie prawdopodobnie z okolicy jajnika lewego, bo przy lekkim ucisku na tę okolicę chora doznawała bólu. Nadto bardzo wybitne występowały u niéj objawy ze strony układu nerwów naczynioruchowych: często zjawiały się mniéj lub więcéj rozległe i szybko znikające plamy czerwone na twarzy i szyi, łatwo występowało bicie serca tak pod wpływem wrażeń psychicznych, jak też samo przez się. Chora wogóle była bardzo wrażliwą, nerwową, skłonną do płaczu i śmiechu, a często doznawała zupełnego wyczerpania fizycznego. Napady bicia serca niekiedy łączyły się z bólem w jego okolicy, obrzękał gruczoł tarczykowy, a oczy bywały naprzód wysadzone. Te zjawiska skłoniły lekarzy, którzy chorą poprzednio leczyli, do rozpoznania u niéj choroby Basedowa. Widziałem jeden taki napad; twarz wyrażała wielki niepokój, oczy były wytrzeszczone, policzki mocno zaczerwienione, a również szyja i piersi okryte były plamami czerwonemi. Gruczoł tarczykowy mocno obrzękły i słychać w nim było buczenie. Tętno było słabe ale bardzo przyspieszone (130). Serce uderzało na rozległéj przestrzeni, a słychać było szmer skurczowy na końcu serca. Po podaniu 15 kropel *Tinct. Valerianae* w parę minut wszystkie zaburzenia ustąpiły. Śledząc ten napad przyszedłem do przekonania, że prawdopodobnie nie mam do czynienia z chorobą Basedowa w początku jéj rozwoju, lecz z nerwicą ogólną, histeryją a raczéj neurasteniją, którą wywołuje poczęści bladaczka a po części też przypuszczalne zmiany w narządzie rodnym objawiające się zboczeniami w miesiączkowaniu i bolesnością jajnika lewego. Na téj podstawie o tyle zmieniłem rokowanie, iż wyleczenie z mniemanéj choroby Basedowa uczyniłem zależném od usunięcia ogólnych zboczeń nerwowych.

Po przeprowadzeniu kilka tygodni trwającego leczenia zdrójowo-kąpielowego w Krynicy chora odjechała ze znakomitą poprawą zdrowia i nie widziałem jéj dopiero w dwa lata późniéj, tj. w Czerwcu 1884 r. Przez ten czas była zupełnie zdrową; dopiero przy końcu ostatniéj zimy skutkiem zbyt częstych zabaw i nocy bezsennie spędzonych na tańcach chora czuła się coraz więcéj osłabioną. Miesięczkowanie jednak odbywa się prawidłowo i bez bólów, tylko doświadcza ona od czasu do czasu bólu w okolicy jajnika lewego. Obecnie najdokuczliwszém jest dla niéj to, iż doznaje niekiedy parcia na mocz, tak że co 5 minut jest zmuszoną do oddawania moczu, którego ilości są bardzo małe. Cierpienie jest przykrém, bolesném, ale rodzaju bólu bliżéj opisać nie jest w stanie. Nie ustępuje przez leżenie w łóżku, a nawet czasem w nocy się zjawia. Nie dostrzegła też widocznéj ulgi po zastosowaniu rozmaitych lekarstw jak również ciepłych lub zimnych okładów. Zwykle występuje to parcie na mocz samo przez się, trwa czasem jednę a czasem kilka godzin, zjawia się niekiedy parę razy na tydzień, a niekiedy przez cały tydzień nie występuje. Badaniem przedmiotowém nie zdołałem wykryć żadnych wybitnych zmian chorobowych w ustroju prócz buczenia w żyłach szyjnych, jako zwykłego objawu blednicy, oraz bolesności przy ucisku na okolicę jajnika lewego. Uciskanie zaś okolicy pęcherza, wgniatanie ręki dosyć głęboko pod spojenie łonowe nie sprawiało bólu. Mocz badałem kilkakrotnie tak z czasów wolnych od napadu jak też dwa razy mocz zebrany podczas napadu, ale nie znalazłem w nim nic nieprawidłowego. W pierwszym tygodniu leczenia zdrojowo kąpielowego wystąpiły tylko dwa napady parcia na mocz, te trwały dosyć krótko, bo nie po całéj godzinie, a potém chora spiesznie zaczęła się doskonale odżywiać tak, że z Krynicy wyjechała niemal zupełnie zdrową.

W tym przypadku zjawianie się parcia na mocz możnaby wprawdzie wyprowadzać od zmian anatomicznych w narządzie rodnym, czego badaniem nie wykluczyłem, bo chora osoba niezamężna na takowe zgodzić się nie chciała. Z drugiéj jednak strony nie mniéj jest prawdopodobném, że te napady występowały skutkiem zboczeń nerwowych w podobny sposób, jak przed 2 laty występowały napady mniemanéj choroby Basedowa. Za tém ostatniém przypuszczeniem przemawiało raz to, że prócz nerwowości i bólu w okolicy jajnika lewego nie było zresztą żadnych objawów świadczących o jakiéj chorobie w narządzie rodnym, powtore, że chora nie dostrzegła żadnych widocznych różnic w napadach przy zmianach położenia ciała, przy ruchu lub spokoju, po trzecie, że napady występowały i ustępowały same przez się w końcu, że ustąpiły po przeprowadzeniu leczenia głównie skierowanego do usunięcia blednicy.

Drugi przypadek okresami występującego parcia badałem w roku 1880. Byłoto u mężatki 32 lat liczącéj, osoby bardzo zamożnéj, świetnie wyglądającéj, która żadnym objawem nie zdradzała nie tylko histeryi ale nawet niedomogi nerwowéj. Chora od sześciu czy siedmiu lat leczyła się u najlepszych lekarzy w Warszawie, w Berlinie i Wiedniu. Główném jéj cierpieniem był nerwoból przerzucający się niemal na wszystkie gałązki nerwów czuciowych. Napady nerwobólu występowały raz częściéj to znów rzadziéj, usadawiały się zwykle w jednym lub kilku nerwach, a wśród napadu przerzucały się na inne. W następnym napadzie zwykle występował ból w innych gałęziach nerwowych. Napady bywały rozmaitego nasilenia i trwały godzinę lub kilka godzin. Przerwy wolne od napadu nerwobólu bywały rozmaicie długie: parę dni, a nawet kilka tygodni. Dokuczliwszém jest dla niéj drugie zaburzenie chorobowe, mianowicie parcie na mocz, które równie nieregularnie występuje napadami, gdyż oprócz

niemiłego uczucia, jakiego doznaje w pęcherzu, lubo ból nie jest tak silnym, jak w innych nerwobólach, najwięcéj to ją drażni i gniewa, że siłą woli nie może się powstrzymać, aby co kilka minut nie oddawać moczu, którego zaledwie parę kropel odchodzi. Na to ostatnie cierpienie poddała się uciążliwemu dla siebie leczeniu jednego z lekarzy wiedeńskich, który za pomocą wziernika widział w szyjce pęcherza małe ranki. Od tych wrzodzików wyprowadzał nie tylko samo zaburzenie w oddawaniu moczu, ale także twierdził, że one są główną przyczyną nerwobolów. Po dwóch miesiącaah ranki miały się zupełnie wygoić, lecz chora ani wtedy ani późniéj nie doznawała żadnéj ulgi tak w cierpieniu pęcherza jak też w napadach nerwobólów. Zdaje się, że te zaburzenia w pęcherzu były główną przyczyną 4 poronień: tak przynajmniéj lekarze twierdzili. Poronienia występowały w 3 i 4 miesięcu pomimo, że chora przestrzegała wszelkich możliwych ostrożności, a w czasie dwóch następnych ciąży wcale z łóżka nie wstawała. Nigdy ani poprzednio ani obecnie, mimo licznych badań, nie zdołano wykazać w moczu jakichkolwiek zmian, a także w narządzie rodnym nie znaleziono nigdy zboczeń chorobowych.

Badając w dniu 17 lipca przekonałem się, iż uciskanie wszystkich gałązek nerwów czuciowych sprawia choréj ból a także bolesną była cała lewa połowa jamy brzusznéj, na któréjto połowie odgłos wypukowy był stłumiony. Nie mogąc wtedy dokładniéj badać z powodu wielkiéj bolesności, przypuszczałem znaczniejsze nagromadzenie kału, i dla tego poleciłem choréj, aby użyła oleju rącznikowego. Po tym leku nastąpiło kilka obfitych wypróżnień stolcowych, a przy badaniu na drugi dzień bolesność téj połowy brzucha nie była mniejszą, ale w dole brzucha odgłos wypukowy był bębenkowy a stłumienie rozpoczynało się od grzebienia miednicy, i szerzyło się do linii białéj z jednéj strony, a z drugiéj strony w górę do 8 żebra. To miejsce o stłumionym odgłosie było tak bolesne, że nawet opukiwanie sprawiało choréj przykrość, a macanie było niemożebném. Kilkakrotnie zastosowany prąd stały na lewą połowę jamy brzusznéj tak znacznie zmniejszył jéj bolesność, że swobodniéj mogłem macać, i wtedy wykazałem duży obrzęk śledziony sięgający w dół do grzebienia miednicy, a na wewnątrz do saméj linii białéj. Ten obrzęk był bardzo bolesny a przy tém tak miękki, iż zaledwie brzeg jego wyczuć zdołałem. W skutek użycia przez dłuższy czas prądu stałego obrzęk stawał się coraz mniéj bolesnym, lecz widocznego zmniejszenia się go dostrzedz nie mogłem. Nastąpiło ono dopiero w czasie trzech napadów zimniczych zupełnie prawidłowych o torze codziennym w dniach 4, 5 i 6 sierpnia. Po tych napadach śledziona dochodziła do łuku żebrowego wystając tylko nieco z pod niego w linii sutkowéj, i była wtedy dosyć grubą, miernie twardą i prawie niebolesną. Napady parcia na mocz w Krynicy były w ogóle rzadsze niż poprzednio, bo wystąpiły w przeciągu siedmiu tygodni zaledwie 4 czy 5 razy, a trwały po kilka godzin. Napady te nigdy nie występowały równocześnie z innemi nerwobólami, ale zwykle w połowie między jednym a drugim napadem nerwobólu. Nie było też tych napadów parcia na mocz w dniach gorączki przepuszczającéj. Wynik leczenia w Krynicy był ten, że tak nerwobóle jak parcie na mocz znacznie złagodniały. O ile dowiedzieć się mogłem, chora wolniejszą była od tych napadów przez całą zimę, z wiosną jednak znowu się zwiększyły i trwają podobno dotychczas mimo ciągłego leczenia.

Trzeci przypadek śledziłem w r. 1882 u mężczyzny żonatego, 31 lat liczącego, dobrze zbudowanego, a miernie odżywionego, który nie przebywał żadnych chorób wenerycznych ani też innych chorób cięższych. Przed rokiem po raz pierwszy doznał on bardzo niemiłego, około półgodziny trwającego, uczucia parcia na mocz z miernym bólem w pęcherzu. W krótce późniéj doświadczył również przemijającego bólu w międzyżebrzach lewych, raz w górnych innym razem w dolnych. Napady parcia na mocz występowały niezależnie od napadów nerwobólu międzyżebrowego. Nie było w nich żadnego wybitnego toru, a czas ich trwania i częstość występowania były bardzo rozmaite. Dotychczas mimo ciągłego leczenia przez różnych lekarzy napady te nie zmniejszyły się ale przeciwnie stały się coraz częstsze, a rzadziéj występował nerwoból międzyżebrowy. Liczne rozbiory chemiczne moczu nie przedstawiały żadnych ważniejszych zmian chorobowych a także kilkakrotne moje badania w tym kierunku dały wynik ujemny. Badając chorego, który był wrażliwy, nerwowy, znalazłem u niego bolesność w lewém międzyżebrzu 4ém, 5ém i 6ém, miernego stopnia obrzęk śledziony i wątroby, oraz zwątlenie przewodu pokarmowego z umiarkowaném nagromadzeniem kału szczególniéj w okolicy kiszki ślepéj. Uciskanie okolicy pęcherza było dla chorego nieprzyjemném. Po przybyciu do Krynicy napady parcia na mocz występowały bardzo często, czasem dwa razy na dzień, ale po zastosowaniu prądu stałego obok leczenia zdrojowo-kąpielowego po dwóch dniach napady ustąpiły i nie zjawiły się, dopiero po dwóch tygodniach wystąpił jeden napad dosyć silny a potém drugi, i od tego czasu przez następne 6 tygodni nie pojawiły się więcéj.

Czwarty przypadek spostrzegałem w roku 1883 u chłopca 11 lat liczącego, który był dosyć wątły, niedokrewny i nerwowy. Znalazłem zwątlenie przewodu pokarmowego obok wzdęcia żywota i niezbyt znacznego nagromadzenia kału. W samym dole brzucha w okolicy pęcherza silniejsze ugniatanie sprawiało choremu ból. Tego chłopca leczono od 3 miesięcy z powodu częstego parcia na mocz, które dosyć stale utrzymywało się, chwilami jednak było znaczniejsze, chwilami zaś prawie zupełnie ustępowało. Z początku lekarze mniemali, iż to zboczenie prawdopodobnie pochodzi od kamienia w pęcherzu, najskrzętniejsze jednak badania w tym kierunku, dokonywane przez chirurgów, stanowczo zaprzeczyły temu przypuszczeniu. Przez te 3 miesiące wypróbowano niemal wszystkich środków aptecznych, ale żaden z nich nie sprawił widocznego polepszenia. Skutek leczenia zdrojowo kąpielowego był ten, że bardzo znacznie polepszyło się odżywienie chorego, zupełnie ustąpiły zboczenia w przewodzie pokarmowym, a silny nawet ucisk na okolicę pęcherza nie sprawiał choremu bólu.

Te cztery tutaj opisane przypadki chorobowe lubo pod wielu względami bardzo się różnią od siebie, to przecież są nieco podobne pod względem zboczenia w wydalaniu moczu. Lecz i co do tego szczegółu zachodzą pewne różnice, o których trudno coś stanowczego orzec przy tak małéj ilości przypadków chorobowych, chcąc zaś ogólnie wytłumaczyć genezę tego zboczenia, trzeba się zwrócić do fizyjologii wydalania moczu z pęcherza.

Podług Goltza mocz wydala się w ten sposób, iż gromadząc się w pęcherzu drażni jego ściany, a to drażnienie nerwów czuciowych dochodzi do ośrodka w rdzeniu lędźwiowym (3 i 4 krąg lędźwiowy), tu przenosi się na nerwy ruchowe, które sprawiają kurcz wyżymacza, dobrowolny jednak kurcz zdziergacza może wstrzymać wydalanie moczu. Cała

więc sprawa wydalania moczu odbywa się drogą zwrotną przez drażnienie nerwów czuciowych usadowionych w błonie śluzowéj i mięsnéj pęcherza i cewki moczowéj, a które wychodzą z rdzenia z odnogami nerwów krzyżowych łącząc się po części ze splotami współczulnemi [1]).

Opierając się na tych danych fizyjologicznych możnaby w przypadkach tutaj opisanych wyprowadzać częste wydalania moczu albo z przyczyny porażenia zdziergacza albo téż z przyczyny zwiększonego kurczenia się wyżymacza pęcherza. Że nie zdziergacz pęcherza był porażony lub osłabiony, to łatwo da się wykluczyć, bo w żadnym z tych przypadków nie wyciekał mocz mimowolnie, a to najlepiéj dowodzi, iz czynność zdziergacza była prawidłową a zatém przyczyny częstego parcia na mocz szukać należy w zmienionéj czynności wyżymacza, w jego większém kurczeniu się, a raczéj w większém pobudzeniu jego nerwów. Jakiego rodzaju i gdzie usadowione było drażnienie tych nerwów, na to trudno odpowiedzieć. Prawdopodobném jest jednak, że we wszystkich tych przypadkach mniéj lub więcéj podrażnione były nerwy czuciowe pęcherza, gdyż ucisk na jego okolicę, prócz przypadku pierwszego, bywał bolesny. Czyto jednak było pierwotne podrażnienie nerwów czuciowych, czytéż szerzyło się przez sploty współczulne, czy w końcu nie były tam pierwotne zmiany w błonie mięsnéj lub śluzowéj, na to dopiero wtedy będzie można odpowiedzieć, gdy nagromadzi się większy materyjał tego rodzaju zboczeń chorobowych, i gdy będziemy posiadali dokładniejsze sposoby badania w tym kierunku.

IV. Przyczynek do statystyki i kazuistyki nieżytu dróg oddechowych, jego następstw i powikłań.

(Urywek ze sprawozdania za r. 1883).
Przez prymaryjusza **Dra St. Paszkowskiego.**
(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

19. Ignacy Breksa l. 76 l. wyrobnik przybył 3/9, zmarł 13/9 1883. Od trzech miesięcy kłócie w lewym boku od czasu do czasu występujące a ustępujące po paru dniach trwania; biegunka kilkorazowa dziennie od paru tygodni. Badanie wykazuje: Odżywienie liche, niedokrewność, klatka piersiowa miernie wypukła, rozedma płuc znaczna. W obu szczytach płuc wdech zaostrzony wydech mocno słyszalny. Po lewéj stronie u dołu z tyłu odgłos stłumiony; tamże rzężenia dźwięczne pokrywające cały wdech. Z przodu klatka piersiowa po lewéj stronie pod obojczykiem przypłaszczona; plwociny ropiaste w obfitéj ilości mocno cuchnące; tony nad komórkami serca i tętnicami tępe, żyły szyjne wydęte; porażenie prawéj odnogi górnéj.

Rozpoznanie kliniczne: *Bronchitis diffusa, emphysema pulmonum, bronchiectasis sinistra subseq. pneumonia dextra, atheroma arteriarum subseq. embolia cerebri.* Przebieg gorączki: od 4/3—12/3 37·9 - 37·4 t. 84., 38°C.—37·5, 38·7—37·5, 37·8—37·5, 38—37·6, 37·8—36·9, 37·7—36·8, 37·2—36.8 t. 96.

Rozpoznanie anatomiczne: *Emphysema vesiculare partium anteriorum, bronchitis chronica diffusa, bronchiectasis et cavernae bronchiectaticae partium posteriorum pulmonis sinistri, adveniente pneumonia crouposa maximae partis posterioris ejusdem pulmonis in stadio hepatisationis partim rubrae partim griseae cum gangraena diffusa circa cavernas bronchiectaticas. Pneumonia resoluta partis posterioris lobi inferioris pulmonis utriusque, oedema acutum pulmonis utriusque. Degeneratio adiposa cordis, hepatis et renum; processus atheromatosus aortae arteriarum periphericarum cum ulcere atheromatoso trunci anonymi et trombosi ejusdem, catarrhus ventriculi chronicus, marasmus.*

Rozpoznanie anatomiczne prawie dosłownie w głównéj części brzmi tak jak kliniczne. Podstawę do zatoru znaleziono w rozległéj miażdżycowéj sprawie pnia bezimiennego. Że zapalenie płuc było asteniczne to znać już z pobieżnego opisu przebiegu choroby i umyślnie przedstawionéj gorączki. Zapalenie płuc po prawéj stronie wystąpiło dopiero w 3 dniu pobytu w szpitalu, zamarkowane podniesieniem się ciepłoty ciała (37·5°—38° C.), sekcyja wykazała już okres rozdzielania się. Badany dnia 13/3 nie okazywał objawów nacieku po stronie lewéj; prawdopodobnie oskrzela dowodzące były zatkane; plwocin rdzawych nie było.

V. Oceny i sprawozdania.

Prof. Cantani: **Próba bakteryjo-terapii.**

Znane doświadczenie, że pewne rodzaje prątków przeszkadzają rozwojowi hodowli innych prątków, zwłaszcza chorobotwórczych, naprowadziło C. na myśl zużytkowania téj własności mikroorganizmów w celach leczniczych. Z doświadczeń w tym kierunku zdaje on sprawę obecnie tylko w krótkości, ponieważ odnośne próby nie są jeszcze ukończone. Pierwsze doświadczenie tego rodzaju wykonał C. w przypadku gruźlicy, a jako leczniczy prątek wybrał *bacterium termo*, aby w przymierzu z nim rozpocząć walkę z prątkiem gruźliczym Kocha. Przedewszystkiém polecił C. swojemu asystentowi przekonać się o nieszkodliwości tego prątka dla organizmów zwierzęcych a to za pomocą szczepień, wdychiwań itp. Dopiero gdy doświadczenia te wypadły dodatnio, w têm znaczeniu, że prątek okazal się wcale nieszkodliwym dla zwierząt, podjął pierwsze doświadczenia na chorym. Dnia 23go kwietnia przyjęto chorą, któréj ojciec umarł na chorobę płucną. Badanie wykazało u niéj jamę w szczycie lewego płuca, wieczorem stan gorączkowy, kaszel z obfitemi plwocinami, w których liczne włókna sprężyste i nader liczne prątki Kocha. Ciężar ciała wynosił 41·200, po kilku dniach wynosił tylko 39 kgrm. Dnia 4go maja zastosowano wziewania czystéj hodowli *bacterium termo* w gelatynie rozcieńczonéj rosołem. Odpluwanie zmniejszyło się znacznie, w ostatnich dniach doświadczenia ustało nawet zupełnie, ilość prątków gruźliczych również zmniejszyła się a *bacterium termo* można było wykazać w skąpych plwocinach. Dnia 1go czerwca nie można było wykazać prątków gruźliczych w plwocinach, nie pojawiały się one więcéj, podczas gdy prątek leczniczy można było wykazać w coraz to większéj ilości w plwocinach codzień badanych. Gorączka ustąpiła tak, że wśród ostatnich dni obserwacyi nie dochodziła do 38°C.; ciężar ciała podniósł się do 39·600 kgr., wejrzenie choréj polepszyło się znacznie, zwierzęta, którym obecnie szczepiono plwociny nie okazywały pomimo dłuższéj obserwacyi ani śladu zmian gruźliczych.

„Nie chcę się łudzić nadzieją", kończy prof. Cantani, „jakoby *bacterium termo* mógł zniszczyć prątki gruźlicze przenikające głęboko nacieki gruźlicze, albo usunąć te prątki, które zajęły narządy odległe (chyba żeby wstrzykiwania do

---

[1]) W szczegółach wiele przyczyniły się do rozjaśnienia sprawy wydalania moczu doświadczenia H. Nussbauma, umieszczone w Pamiętniku Tow. Lek. warszawskiego 1880 p. t. O unerwieniu mięśnia wyżymacza pęcherza moczowego.

krwi mogły odnieść skutek), rezultat jednak tego pierwszego doświadczenia jest tego rodzaju, że uprawnia do przypuszczenia, iż w przypadkach świeżych, w których sprawa gruźlicza nie jest bardzo rozległą i powierzchownie zlokalizowaną, można będzie tym sposobem leczniczym osiągnąć jeszcze pewne rezultaty. W każdym razie zdoła doświadczenie niniejsze zachęcić do podjęcia prób, zwłaszcza w przypadkach chorób zakaźnych miejscowych, w okolicach ciała dostępniejszych, z użyciem innych rodzajów prątków, które stają na przeszkodzie rozwojowi prątków chorobotwórczych. Celem niniejszego ogłoszenia nie jest wcale uwydatnienie dodatniego rezultatu, uzyskanego w pierwszym przypadku, lecz zachęcenie do podejmowania dalszych prób w tym kierunku". (*Wiener med. Blätter*, 1885, Nr. 30). *Dr. Schaitter.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. O.) **Bezwonny jodoform.** Dr. Oppler w Strasburgu robiąc doświadczenia nad własnościami antyseptycznemi proszku palonéj kawy doszedł przypadkowo do tego, że tenże posiada nadto własność odwaniania. Dodany w stosunku 40—50% do jodoformu pozbawia go w zupełności owéj znanéj przykréj woni a będąc sam w znacznym stopniu środkiem antyseptycznym nie zmniejsza zarazem w tym kierunku jego siły. Kawa winna być dobrze upalona i jak najdokładniéj w moździerzu utłuczona. Autor używa następujących przepisów:

Rp. Jodoformi 50,00
Coffeae tostae subtilissime
pulveratae 25,00.
M. fiat ope Spir. aether. gutt. nonnull.
pulvis D. S.

Rp. Jodoformi 1,00,
Ungt. Paraffin. 10,00,
Coffeae tostae subt. pulv. 0,30,
M. f. ung.

Przy téj sposobności zachwala tenże sam proszek celem zniesienia przykrego smaku ol. rącznikowego według następującego wzoru:

Rp. Ol. Ricini 20,00,
Sacchar. albi
Coff. tostae subt. pulv. ãā 10,00.
M. S. łyżeczkami zażywać.

(*Centralblatt f. Chirurg.* 1885, Nr. 30).

Ω **Cotoina.** Środek ten pochodzi z kory drzewa, rosnącego w Boliwii, a wprowadzonéj w handel europejski pod nazwą cotocoto. Roślina ta należy do rodziny Bobkowatych (*Lauraceae*). Dr. Albertoni bardzo zachwala użycie kotoiny we wszelkich rodzajach biegunki przewlekłéj, jakotéż we wszelkich zboczeniach w czynności jelit, polegających na nieprawidłowém wydzielaniu soków trawiących. Dr. A. zapisuje lek ten:

Rp. Cotoini 0,40,
Bicarbonat. Sodae 1,00,
Aq. destillatae 100,00,
Glycerini 20,00.

Wyżyć ogrzane przez dzień. (*Journ. ph. ch.*)

Ω **Sterculea accuminata.** Dr. Monnet robił liczne doświadczenia nad leczniczą wartością nasienia z *Sterculea accuminata* (*Kola*), drzewa rosnącego w zachodniéj Afryce, należącego do rodziny ślazowatych (*Malvaceae*). Lek ten zawiera znaczniejsze ilości kofeinu i theobrominu, działa dla tego pobudzająco i wzmacniająco na układ naczyniowy. Uderzenia serca stają się silniejszemi, regularniejszemi a przytém częstszemi. W większéj dawce lub dłużéj używana kola działa podobnie jak digitalin; tętno przy jéj użyciu staje się pełniejsze a mniéj częste. Skutkiem działania na układ naczyniowy, diureza się wzmaga. Dawki trujące kola zdają się działać porażająco na układ mięśni prążkowanych. Dalszą zaletą kola jest to, że zawiera znaczną ilość istót azotowych. Autor robił z lekiem tym liczne doświadczenia w klinice prof. Dujardin-Beaumetza i bardzo zachwala użycie jego w niedokrewności, szczególniéj po chorobach ciężkich powstałéj, w atonii przewodu pokarmowego, w niestrawności, w biegunkach nieżytowych, w cholerze sporadycznéj (stwierdzili to Huchard i Duriau). W wielu razach lecznicze działanie leku tego nie da się fizyjologicznie wytłumaczyć.—Dr. Monnet najwięcéj zaleca nalewkę wyskokową w dawce 4 do 10 grm. dziennie. (*Thèse de Paris* 1884. 27 oct.).

Ω **Jodoform w chorobach sercowych.** Dr. Baldassore Teste poleca jodoform w chorobach organicznych serca. Lek ten w dawce po 7 cgrm. co 2 godziny podawany usuwa szybko wszystkie dolegliwości, połączone z rozpoczynającą się niekompensatą. Doświadczenia autora na psach wykazały, że jodoform przedłuża trwanie skurczu mięśnia sercowego. Tém tłumaczy sobie autor, iż przy niedomykalności zastawek sercowych, łatwiéj cała ilość krwi z serca zostaje w układ naczyniowy wpędzoną, i ztąd skuteczność jodoformu, jako leku symptomatycznego. (*Revue hebdomad. thérap.*)

Ω Prof. Cantani w Neapolu robił na żądanie właściciela zdrojowiska **wody gorzkiéj Franciszka Józefa** liczniejsze doświadczenia z tą wodą w swéj klinice. Doświadczenia wykazały wysoką wartość leczniczą wody Franciszka Józefa.— Prof. Cantani uważa za wskazane użycie wody Franciszka Józefa w następujących chorobach: 1) W ostrém zaparciu stolca, 2) w przewlekłém zaparciu żywota, czy to na tle hemoroidalném lub nie, 3) w nieprawidłowém wzdęciu brzucha skutkiem dużego nagromadzenia się gazów, 4) w tak zwanéj „*Plethora abdominalis,*" 5) w kamieniach żółciowych, 6) w uderzeniach krwi do głowy i płuc, 7) w przewlekłych stanach przekrwienia macicy. (*Sull' azione fisiologica e sul valore terapeutico dell' acqua amara Francesco Giuseppe*).

Ω **Dyjeta mleczna w białkomoczu.** Jaccoud poleca gorąco dyjetę ściśle mleczną we wszystkich rodzajach białkomoczu. Podaje on swoim chorym wyłącznie mleko surowe, zimne lub prosto od krowy, co godzina lub jeszcze częściéj, tak, aby chory w ciągu dnia użył 2, 3 do 4 litrów.—Leczenie to, które ma znakomicie podnosić odżywienie chorego, a które przytém wpływa leczniczo i na sam białkomocz, ma tę niedogodność, że mleko chorym niektórym staje się wstrętném, a u innych znów sprowadza zatrzymanie stolca. Przeciw pierwszéj niedogodności pomódz może tylko wola chorego, przeciw drugiéj nie należy nigdy używać jakichkolwiek środków wewnętrznych czyszczących, lecz ograniczyć się tylko do lawatyw. (*Rev. hebdomad. de thérap.*)

(S.) **Dwuwęglan sodowy jako środek przeciw ranom oparzelinowym.** Dr. Dulácska, prymaryjusz szpitala peszteńskiego, zaleca ten środek w stanie suchym, jako dzielny środek gojący i łagodzący ból w mniejszych zwłaszcza oparzeniach. Stosuje on go za przykładem lekarzy amerykańskich, którzy go pierwsi polecili w postaci opatrunku na wacie Brunsa. Jeżeli nie przyszło jeszcze do podniesienia przyskórka, ból wprawdzie w pierwszéj chwili po zastosowaniu znacznie zwiększa się, znika jednak zupełnie po upływie pół godziny. W każdym razie ulga ma być większą niż pod okładem lodowym. Po upływie godziny znika zaczerwienienie wraz z bolesnością, a jeśli już przyszło do wy

tworzenia pęcherza, to takowy klęśnie, staje się niebolesnym. W trzy dni późniéj jest warstwa skóry pod odpadającym przyskórkiem sucha, nieropiąca i niebolesna. (*Wiener med. Blätt.* 1885, Nr. 26).

Ω **Siarkan miedziowy w położnictwie.** Dr. Marry poleca użycie w położnictwie siarkanu miedziowego ($CuSO_4$), jako środka przeciwgnilnego, we wszystkich tych przypadkach, gdzie użycie sublimatu może dać powód do słusznych obaw. $CuSO_4$ jest środkiem posiadającym w wysokim stopniu własności antyseptyczne. Rozczyn 1% jest zupełnie wystarczającym. Rozczyn 1% siarkanu miedziowego ma tę wyższość nad kwasem karbolowym, że rozczyny tego ostatniego, aby odpowiadały siłą przeciwgnilną 1% rozczynowi $CuSO_4$, muszą być tak silne, że działają żrąco na chorą, przybłonka pozbawioną błonę śluzową części rodnych. $CuSO_4$ ma daléj tę wyższość, że jest bezwonnym, a mimo to niszczy zupełnie woń odpływów połogowych. Jednoprocentowy rozczyn $CuSO_4$ może być bez najmniejszéj obawy wstrzykiwanym do jamy macicznéj. W przypadkach krwotoków $CuSO_4$ ścinając białko krwi, działa wstrzymująco krwotok. Autor nigdy nie widział najlżejszego zatrucia przy użyciu 1% rozczynu siarkanu miedziowego. (*Thèse 1884. Conclusions*).

Ω. **Naparstnica w zapaleniu nerek ostrém i przewlekłém.** Dr. Lecorché i Dr. Janlin gorąco polecają użycie naparstnicy, czy to w postaci proszku lub téż naparu, w zapaleniu nerek. Naparstnica zwiększać ma ilość moczu, a równocześnie zmniejszać ilość białka. W ostrém zapaleniu nerek ma lek ten wpływać nader korzystnie, zapobiegając szczególniéj grożącéj mocznicy. Autorowie widzieli liczny szereg zapaleń nerek ostrych, znakomicie wyleczonych naparstnicą. W zapaleniu nerek przewlekłém naparstnica jakkolwiek nie jest w stanie wyleczyć choroby to przecież zmniejsza niebezpieczeństwo i przedłuża życie. Użycie naparstnicy w zapaleniu nerek przeciwskazaném jest tylko w przypadkach, w których zachodzi obawa, że mięsień sercowy uległ w znacznéj części zwyrodnieniu tłuszczowemu. Również zdarzają się przypadki, w których ludzie dotknięci zapaleniem nerek nie znoszą naparstnicy, dostając nudności i wymiotów. W takich przypadkach należy zaniechać dalszego użycia naparstnicy. (*Thèse de Paris* 1884. Dec.).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 6 marca 1885 r.

Obecni koledzy: Grodzki, Jerzykowski, Kapuściński, Koehler, Osowicki, Stan, Święcicki i sekretarz. Przewodniczy kol. Osowicki.

Po przeczytaniu i podpisaniu protokółu, który bez uwag przyjęto, odczytuje sekretarz list, w którym prof. Hoyer dziękuje za telegram, przesłany mu z okoliczności uroczystego obchodu jubileuszowego 19 grudnia r. z. Daléj przedkłada sekretarz dyplom Dra med. i chir. Muszumańskiego z Uniwersytetu wileńskiego z roku 1810, z czasów rektoratu Jana Śniadeckiego, który na dyplomie własnoręcznie jest podpisanym. Dyplom ten ofiarował Tow. Przyj. Nauk p. Adolf Malczewski na pamiątkę Zjazdu lekarzy i przyrodników.

Następnie kol. Święcicki referuje o trzech przez siebie w ostatnim czasie operowanych przypadkach ginekologicznych, z których pierwszy dotyczył torbiela wielokomorowego. Operacyję wykonano 31 stycznia, poczém nastąpiło ostre zapalenie otrzewny; torbiel był bardzo cienki. Już przed operacyją zrobiono próbne nakłócie, a badanie mikroskopijne masy wydobytéj wykazało istotę klejowatą. Przebieg pierwotnie był dobry, 11go dnia jednak ciepłota podniosła się do 40°, prawdopodobnie w skutek pęknięcia torbiela do pęcherza. Dwunastego dnia nastąpił nagle silny upadek sił, lecz po dwugodzinném trwaniu, wśród czego chorą cucono, tenże ustąpił, a chora powoli przyszła do siebie i w tych dniach opuścić ma zakład. — Drugi przypadek dotyczył mięśniaka międzyściennego macicy u kobiety, która w skutek tego tak silne miewała krwotoki, że często ulegała omdleniu; 18go lutego kol. S. wykonał odjęcie ponadpochwowéj części macicy sposobem Porra, a po przymocowaniu kikuta w pochwie, posypał ranę chlorkiem zynku. W 12 godzin późniéj wymioty, gorączka, upadek sił, a 3go dnia śmierć. Kol. S. przypuszcza, że śmierć mogła być następstwem zakrwawienia. — W trzecim przypadku wykonał kol. S. wycięcie klinowe szyjki macicznéj z powodu zrakowacenia i przedkłada odnośny preparat anatomiczny i drobnowidowy.

Kol. Jerzykowski opowiada przypadek, który mimo wszelkich korzystnych dla siebie widoków, zakończył się niepomyślnie. Szwaczka 32-letnia, dawniéj zawsze zdrowa, uczuwała od dwu lat boleści w brzuchu. Badanie wykazało torbiel jajnika prawego. J. zrobił nakłócie i wypuścił 7 litrów płynu klejowatego. W pół roku torbiel znowu się napełnił, w skutek czego zrobiono powtórne nakłócie, przy którém wypłynęła ciecz ciemnoszara. Nareszcie zrobiono i trzecie nakłócie. Przez dwa miesiące po ostatniém nakłóciu szwaczka była zdrową, późniéj torbiel rósł powtórnie silnie, w skutek czego chora poddała się ostatecznie operacyi, którą ściśle aseptycznie wykonano. Torbiel nie był nigdzie przyrosły, przy nakłóciu dostało się atoli trochę płynu do jamy brzusznéj, którą wyczyszczono starannie, kikut podwiązano i zapuszczono w jamę. Przebieg przez pierwsze 2 dni był dobry, 3go dnia jednakże nastąpiły nudności, podniesienie ciepłoty i drobne tętno, podawano koniak, lód i kamforę, lecz mimo wszelkich wysileń lekarskich, 5go dnia nastąpiła śmierć. Oględziny pośmiertne wykazały, że rana zewnętrzna była zagojona, tylko dołem przy szwach pokazało się trochę ropy szaréj, jelita były przyrosłe do ściany brzusznéj i zlepione ropiastym wysiękiem. Śledząc przyczyny takiego przebiegu, widzi ją kol. J. albo we wniesieniu przyrzutu przez siostrę choréj, albo téż w dostaniu się płynu do jamy. — Kol. Osowicki przypuszcza ostatnią okoliczność, jako wywołującą niekorzystny przebieg. Sam operował torbiel jajnika według metody Spenzer Welsa, nie przestrzegając ściśle antyseptyki, przebieg był tak korzystny, że chora wstała 12go dnia. Innym razem operował 60-letnią osobę, u któréj były zrosty, operowana umarła z ociekowego zapalenia płuc. Kol. O. sądzi, że ze względu na zejście operacyi przecenia się aseptykę, któregoto zdania nie podziela kol. S., odwołując się do publikacyi Martina, który donosi, że odsetka strat w przypadkach operowanych nieaseptycznie wynosi 40%, podczas gdy po przeprowadzeniu ściśléj aseptyki tylko 1%.

Następnie przystępuje kol. Swięcicki do wygłoszenia odczytu „o płodach zbutwiałych“. Na wstępie daje pogląd na obecny stan nauki o płodzie zbutwiałym (*foetus sanguinolentus*) mówi obszerniéj o pracach Sentexa, Rugego i Rungego i ubolewa, że po dziś dzień jeszcze wielu lekarzy zbutwienie i gnicie płodu, pod jeden i ten sam podporządkowuje mianownik, chociaż oba te procesy chemiczne w żadnéj ze sobą nie stoją styczności i gnicie płodu jedynie wtenczas tylko nastąpić może, skoro do błon jajowych dostanie się powietrze. Następnie podaje kol. S. spostrzeżenia swe nad porodem płodów zbutwiałych, obserwowane w drezdeńskim Zakładzie położniczym, będącym podówczas pod kierownictwem prof. Winckla z Mnichowa. Prelegent dysponuje materyjałem 241 przypadków zbutwienia płodu, które przypadały na 9100 połogów, t. j. w czasie od 1874 do września 1883 roku. Nie przytaczając dla braku czasu poszczególnych przypadków, mówi o charakterystycznych zmianach makro- i mikroskopijnych, powstających śród butwienia płodów, podnosi kwestyję, czy jesteśmy dzisiaj już w możności z większego lub mniejszego zbutwienia ocenić, kiedy płód obumarł i butwienie się rozpoczęło i przychodzi na mocy swych przypadków do wniosku, że dotychczas jestto rzeczą niemożliwą, a to têm bardziéj, że znane są nam w literaturze przypadki, w których krótko przedtêm płód żył jeszcze w łonie matki, a mimo to po urodzeniu dość znaczne okazywał zbutwienie. Również z zabarwienia soczewki i ciałka szklanego, o których wspominają Sentex i Runge nic pewnego o terminie, w jakim zbutwienie się rozpoczęło, powiedzieć nie można, gdyż w kilku przypadkach zauważył prelegent, że zabarwienie soczewek u jednego i tego samego płodu

nie było zupełnie równe, tak, że już to spostrzeżenie wystarcza do wniosku, że zabarwienie soczewki, zależące od barwika krwi, nie może być u płodów zbutwiałych miarą, którąby nam wystarczała do oznaczenia czasu, w którym płód podległ zbutwieniu. Co do etyjologii, to w 65 % przypadków mógł prelegent kiłę, jako powód zbutwienia zaznaczyć. U tego rodzaju płodów zbutwiałych, znaleziono przy oględzinach pośmiertnych prawie zawsze znaczne zwiększenie śledziony (nieraz 300grm.), *perichondritis syphilitica* (Wegner), a nadto zmiany patologiczne w żyle lub tętnicach pępowiny. Co do ostatnich tych zmian, które nieraz bezpośrednio spowodowały obumarcie płodu, odsyła prelegent słuchaczy do artykułu, który o tym przedmiocie umieścił w *Gazecie Lekarskiéj* w roku zeszłym. W końcu mówi prelegent obszernie o przebiegu ciąży, porodu i połogu przy płodach zbutwiałych.

Kol. Kapuściński spotkał się w praktyce z kilku przypadkami, które także zalicza do płodów zbutwiałych, lubo one dotyczyły kobiet ponownie rodzących. Skłaniał się wtenczas do przypuszczenia, iż chodziło tu o skutek kiły. Nie było atoli żadnego cuchnięcia. *Dr. B. Wicherkiewicz.*

VII. Listy z Madrytu o cholerze.

Podał Dr. M. Buzdygan.

II.

Madryt dnia 28 Lipca 1885.

Inokulacyja cholery na nowe wstępuje szlaki. Uczeni francuscy przypatrzywszy się zbliska wielkiemu dziełu hiszpańskiego kolegi, zaszczycili go mianem szarlatana a nad odkryciem jego uznali za stosowne przejść do porządku dziennego i nie zajmować niém więcéj szerszych kół. Tak ostry sąd gości musiał do głębi zadrasnąć miłość własną Dra Ferrana, skoro po długiém milczeniu kazał mu się wynurzyć z swych myśli dotąd ukrywanych. I świat ze zdumieniem dowiedział się z listu pisanego do Dra Camerona, członka parlamentu angielskiego, jak wielki skok wykonał obecnie Dr. Ferran w swém dziele inokulacyi. Nietylko zmienił metodę szczepienia, przeistoczył teoryję swoją, lecz co więcéj rozszerzył jéj granice i objął w nie już nie sam prątek cholery, ale wszystkie mikroby patogenetyczne. Pasteur od lat wielu mozoli się z różném powodzeniem nad inokulacyją mikrobów, — Dr. Ferran w kilku miesiącach porobił zadziwiające odkrycia w fizyjologii mikrobów i jest w przededniu szczepienia wszystkich chorób infekcyjnych drogą chemiczną. Szkoda tylko że dotąd nie miał świat sposobności dowiedzenia się, jakim sposobem, na podstawie jakich doświadczeń doszedł Dr. Ferran do tych rezultatów i na czém opiera tak śmiałą teoryję, nie przedstawiwszy ani dat statystycznych ani pracy naukowéj, jak to uczynił Pasteur i inni badacze.

Dotąd było wiadomém, że Dr. Ferran szczepi cholerę hodowlą prątka osłabionego, i sam autor używa w piśmie do ministra rolnictwa wyrażeń: „moja technika osłabiania mikroba, sekret metody osłabiania“—obecnie jego zwolennik i obrońca Dr. Respaut zeznaje, że Dr. Ferran wstrzykuje podskórnie w każde ramię po 1 cm. sz. płynu z mikrobami nieosłabionemi, a zatém o sekrecie osłabiania i mowy być nie może. Obok tego tłumaczy zachowanie się mikrobów w organizmie w ten sposób: „*coma-baccillus* dostawszy się do organizmu drogą przewodu pokarmowego, usadawia się i rozmnaża szybko w kiszkach, gdzie doszedłszy do pewnéj ilości zabija organizm; wstrzyknięty zaś do tkanki podskórnéj, nagle obumiera.“

Dr. Ferran przypisuje ochronę od cholery po zaszczepieniu nie prątkowi, ale płynowi, w którym tenże żył, a który z nim wspólnie został wstrzyknięty pod skórę, ztąd nie jest konieczném użycie do szczepienia prątka, wystarcza sam płyn hodowli. Ponieważ zaś prątek w tkance podskórnéj zaraz obumiera, szczepienie zatém cholery nie jest niebezpiecznėm. Na téj zasadzie, że obecność prątka nie jest konieczną, szczepienie za pomocą płynu odbywa się drogą chemiczną. Jeżeli takie chemiczne szczepienie przyjmie się dla prątka cholery, łatwo przyjąć je též można dla reszty mikrobów patogenetycznych.

Działanie materyi użytéj do szczepienia polega na istocie czynnéj, którą wytwarzają w pierwoszczy zarodniki, ta istota czynna jest ową trucizną, jadem chorobowym. Ochronę (*immunitas*) zaś osiąga się tylko drogą przyzwyczajenia się organizmu do tegoż jadu.

Ze szczepieniem zatém jadu cholerycznego ma się rzecz tak samo, jak z przyzwyczajeniem się organizmu do różnych trucizn z tą tylko różnicą, że przyzwyczajenie się do mikrobów odbywa się nagle i trwale.

Jad choleryczny zależy w prostym stosunku od ilości prątków w kiszkach wytworzonych, gdy się ich ilość wzmoże, jad przekracza nagle granice indywidualnéj odporności i zabija organizm. Składniki chemiczne jadu cholerycznego i jego siła są niezmienne, gdy zaś czasami rezultata jego działania różnią się, to pochodzi to od różnéj tylko ilości trucizny albo od różnéj odporności indywidualnéj.

Oto teoryja rozległa, która Dra Ferrana ma postawić obok Jennera, jak tego chce Dr. Cameron, deputowany z Glasgowa, niestety dotąd zostaje ona tylko teoryją—czekajmy na fakta.

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Na ostatniém posiedzeniu berlińskiego Tow. lekarskiego zajmowano się sprawą sprawdzania termometrów lekarskich. Przewodniczący prof. Virchow zwrócił uwagę na tę sprawę tak ważną dla lekarzy wobec nader rozpowszechnionego użycia tego przyrządu, a po ożywionéj dyskusyi przyjęto rezolucyję następującéj treści: Towarzystwo lekarskie uznaje za bardzo pożądane urzędowe kontrolowanie i sprawdzanie termometrów, które mają służyć do mierzenia ciepłoty ciała. Na termometrach takich powinna się znajdować podziałka od 35—42°C. podzielona na dziesiętne części. Kontrola urzędowa powinna mieć za zadanie wykazać, że błąd nie wynosi więcéj niż 0·2° a to przedewszystkiém przy stopniach 35, 38 i 41. (Stopnie te są dla tego dla lekarza najważniejsze, gdyż przy 38° rozpoczyna się stan gorączkowy, 35° jest ciepłotą, wśród któréj często śmierć nastaje a 41° ciepłotą, któréj zwiększenie bywa również najczęściéj zwiastunem śmierci). Kontrola i oznaczanie termometrów maksymalnych są również bardzo pożądane. Przy téj sposobności zwrócono uwagę, że t. z. strzykawki Pravaza, które znajdują się nietylko w rękach lekarzy, ale częstokroć w rękach samych chorych, nie zawsze bywają tak robione, iżby dokładne oznaczenie ilości leku było możliwe. Skoro w dyskusyi nad tym przedmiotem stwierdzono powszechnie niedokładności w téj mierze, przyjęło zgromadzenie rezolucyję: Towarzystwo lekarskie przedkłada komisyi cementniczéj wniosek do rozpatrzenia, czy nie byłoby możliwém, aby komisyja z urzędu sprawdzała pojemność strzykawek Pravaza, zwłaszcza tych, które mają zawierać 1cm.sz. płynu i bywają dzielone na dziesiętne części.

Sprawę termometrów lekarskich poruszano u nas niejednokrotnie. Przed kilku laty zabierał głos w téj sprawie Dr. Gustaw Fritsche na posiedzeniach Tow. lek. warszawskiego — dotąd jednak niezałatwiono jéj ostatecznie, jakkolwiek wszyscy jesteśmy przekonani o słuszności zarzutów czynionych przyrządom najwięcéj rozpowszechnionym.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 12—18 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 39,5. Z odry umarło 3 (4 z. t.); z płonicy 2 (2 z. t.); z błonicy

0 (2 z. t.); z krztuśca 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.): z duru osutkowego 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 26 odry, 2 płonicy, 8 krztuśca, 4 duru brzusznego, 2 czerwonki. W tygodniu od 5—11 lipca umarło z ospy w Krefeld i Genewie po 1; w Petersburgu 2; w Pradze, Bazylei i Odesie po 3: w Rzymie i Wenecyi po 4; w Paryżu 5; w Warszawie 7; w Londynie 11; w Wiedniu 16. Dur brzuszny złagodniał w Wiesbadenie; do 16 lipca zapadło nań 10, umarło 1. Z duru osutkowego umarło w Królewcu i Rzymie po 1, w Warszawie 2. Z cholery umarło w Hiszpanii od 3—7 lipca 2,840, zachorowało 6,217.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 5—11 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 33,6; w Warszawie 34,2; w Poznaniu 30,0; w Berlinie 27,9; we Wrocławiu 31,7; w Gdańsku 28,2; w Dreźnie 25,0; w Hamburgu 25,4; w Lipsku 23,1; Mnichowie 32,9; w Amsterdamie 19,2; w Bazylei 15,9; w Brukseli 20,4; w Chrystyjanii 17,5; w Kopenhadze 16,5; w Londynie 18,0; w Paryżu 19,6; w Petersburgu 27,6; w Pradze 35,5; w Rzymie 23.7; w Stokholmie 18,7; w Wenecyi 26,1; w Wiedniu 28,0; w Zurychu 18,5. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 5 sierpnia. Otrzymaliśmy zeszyt I Sbornika lékařského pisma czeskiego, o którego zamierzoném wydawnictwie pod redakcyją prof. Dra Hlavy i Doc. Dra Thomayera wspominaliśmy. Zeszyt ten przedstawia się tak co do formy jak i co do treści nader pokaźnie, mianowicie dołączone 2 tablice odznaczają się ładném wykończeniem, tak, iż pismo to godnie stanąć może obok niemieckich i francuskich archiwów i powinszować wypada pobratymcom naszym takiego wzbogacenia ich literatury lekarskiéj.

* Cholera w Hiszpanii coraz szersze przybiera rozmiary a nawet zdaje się przekroczyła już granicę francuską pojawiając się w Marsylii. Wprawdzie ogólnie donoszą o nadziei zlokalizowania choroby, ale mimo to Rządy wysełają lekarzy celem badań nad chorobą i jéj szczepieniem, poniżéj podajemy wiadomość o wysłaniu Komisyj lekarskich przez Rząd angielski, rosyjski i włoski i gotują się na jéj przyjęcie, dotychczas nic nie słychać aby Rząd austryjacki przedsięwziął jakie kroki zapobiegawcze lub wysłał Komisyję do Hiszpanii.

* Celem zapobieżenia nadużyciom wśród doświadczeń na zwierzętach żywych, rozesłał Minister oświaty baron Conrad następującéj treści rozporządzenie do Wydziałów lekarskich monarchii: 1) Doświadczenia na zwierzętach żywych (wiwisekcyje) można wykonywać jedynie wśród poważnych dochodzeń, a wyjątkowo tylko, i to w razie koniecznéj potrzeby w celu nauczania. 2) Doświadczenia takie można wykonywać jedynie w zakładach uniwersyteckich rządowych. 3) Jedynie przełożeni zakładów, docenci (i asystenci) mają prawo wykonywać wiwisekcyje. Jedynie pod ich nadzorem doświadczenia wykonywać mogą naukowo przygotowani lekarze i kandydaci medycyny. 4) Zwierzęta używane należy zawsze mocno narkotyzować, jak to dotąd czyniono, jeżeli tylko narkoza nie wpływa na rezultat doświadczenia. 5) Do doświadczeń, które można wykonywać na zwierzętach niższego rzędu należy tylko takich zwierząt używać, nigdy zaś zwierząt rzędu wyższego. — Rozporządzenie to jest bardzo podobném do obowiązującego w Państwie niemieckiém a zawiera przepisy, do których stosowali się dotąd już przełożeni zakładów uniwersyteckich.

* W Cieplicach czeskich bawiło dotąd gości 6.066, w Giesshüblu 341.

* **Warszawa**. Towarzystwo opieki nad ubogiemi matkami oraz ich dziećmi rozpoczęło działalność swoją, otwierając przy ulicy Marszałkowskiéj l. 56 Zakład, mieszczący 7 łóżek. Lekarz Zakładu Dr. Wacław Horoch udzielać będzie wszelkich informacyj między godziną 8 a 10 rano codziennie oprócz świąt i niedziel w Zakładzie; w tych téż godzinach udzielać będzie rady lekarskiéj biednym chorym kobietom.

* **Petersburg**. Departament lekarski wyprawił do Hiszpanii komisyję, w któréj udział biorą redaktor *Wracza* prof. Manassein i docent prywatny Dr. Rapczewski, aby zajęła się badaniem cholery.

* **Londyn**. Prof. Roy stanął na czele komisyi wysłanéj przez Angliję do Hiszpanii celem zbadania skuteczności szczepień Dra Ferrana.

* **Neapol**. Rząd włoski wyprawił do Hiszpanii celem badań nad cholerą prof. Rummo, redaktora tygodnika lekarskiego *Riforma medica*.

* **Wiadomości uniwersyteckie, Wiedeń**. Dziekan Wydz. lek. prof. Dr. August Vogl otrzymał order korony żelaznéj trzeciéj klasy w uznaniu długoletniéj działalności na polu naukowém. — Na opróżnioną po śp. prof. Jaegerze katedrę okulistyki ma być już w tych dniach zamianowany prof. Fuchs z Leodyjum.— Docent pryw. Dr. Karol Rabl został zamianowany profesorem nadzwyczajnym anatomii. — **Kazań**. Prof. położnictwa Dr. W. M. Floryński został zamianowany kuratorem zachodnio-syberyjskiego okręgu naukowego. — **Odessa**. Dr. Strogonow urządził w tutejszym szpitalu miejskim pracownię bakteryjologiczną.

* **Wiadomości osobowe**. Lekarz sztabowy w szpitalu garnizonowym Nr. 15 w Krakowie Dr. Emil Winteř został zamianowany naczelnym lekarzem 30 dywizyi piechoty. Lekarzem asystentem c. k. armii mianowany został Dr. Józef Madejski we Lwowie.

* **Nekrologija**. Dr. Jan Dunin Jastrzębski, l. 48, z uniwersytetu kijowskiego, dyrektor statystyki lekarskiéj w Gubernii Chersonskiéj i profesor szkoły chirurgów (felczerów) umarł w Rabce d. 3 sierpnia rb. w skutek krwotoku żołądkowego (*ulcus perforans ventriculi*). — W Dynaburgu zmarł w podeszłym wieku Dr. Towiański, lekarz naczelny kolei Petersbursko-Warszawskiéj. — W Odesie zmarł młody i zdolny lekarz N. Dieterichs w skutek zarażenia się błonicą przy operacyi. Pogrzeb zmarłego odbył się kosztem miasta Odessy. — W Gryfii zmarł n. prof. med. wewnętrznéj Dr. Albrecht Budge, licząc lat 39. Zmarły był synem sławnego fizyjologa Julijusza B. — W Królewcu zmarł senior tamtejszego Wydziału lekarskiego tajny radzca lek. Dr. Jerzy Hirsch.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

Medycyny Nr. 31 nie doszedł nas. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 31: Jankowskiego; Grzybki chorobotwórcze; Biegańskiego: Nieżytowe czy śródmiąższowe zapalenie płuc?; Kramsztyka: Brodawka skórna na gałce ocznéj. — W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.*, tom LXXXI, zeszyt I.: Kijewski: Guzy hemoroidalne (Anat. patol. Objawy, Operacyje, Sposoby leczenia) (ciąg dalszy): Peszke: Jak po polsku *Syphilis* mianować należy? Przyczynek do słownictwa lekarskiego polskiego; Poglądy Tow. lek. warsz. w sprawie urządzenia rewirów sanitarnych na przypadek wybuchu cholery w Warszawie przedstawione JW. Prezydentowi m. Warszawy.

Redakcyja otrzymała:

Sbornik lékařsky časopis pro pěstováni vědy lékařske redig. Dr. Jaroslav Hlava i Dr. Josef Thomayer. Prvého svazku sešit prvý.

Podręcznik do analizy chemicznéj jakościowéj. Napisał Dr. Julijan Schramm, docent Uniw. lwow. Lwów 1885, 8vo str. XII i 263.

Piśmiennictwo lekarskie. JOLLY Frdr. Untersuchungen üb. den elektrischen Leitungswiderstand des menschlichen Körpers. Imp.-4. Strassburg, Trübner. M. 4. —

KAATZER Pet. Die Technik der Sputum-Untersuchung auf Tuberkel-Bacillen (Bacillus tuberculosus Kochii). 2 Aufl. 8. Wiesbaden, Bergmann M. — 80.

Na fundusz portretu ś. p. Kozubowskiego nadesłał Dr. Oświecimski z Bochni 3 złr., co czyni razem z poprzednio złożonemi składkami kwotę 302 złr. 59 kr.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. K. Grabowski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod tymcz. zarządem Bol. Dembowskiego.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętosci średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 15 sierpnia 1885. **№ 33.** Rok XXIV.

I. Z pracowni chemii lekarskiéj prof. Dra Stopczańskiego i z oddziału chorób wewnętrznych prof. Dra Pareńskiego.

Doświadczenia nad antipyrynem, jako środkiem przeciwgorączkowym z uwzględnieniem jego wpływu na przemianę materyi.

Podał Dr. Józef Wiczkowski,
asystent zakładu chemii lekarskiéj.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

Chcąc wzbudzić wiarę w wyniki moich badań nad przemianą materyi u chorych gorączkujących pod wpływem antipyrynu, winienem wprzód obznajomić czytelników ze sposobem postępowania w ogóle, a w szczególności z użytemi metodami chemicznemi. Do doświadczeń używałem chorych gorączkujących z różnemi cierpieniami, indywiduów młodych, które poprzednio według dat anamnestycznych nie okazywały zboczeń od stanu zdrowia. U takich przestrzegałem ściśle wszelkich warunków, na które przy tego rodzaju badaniach chemicznych uważać należy, wprowadzając mianowicie chorego, o ile możności w tak zwany stan równowagi przez utrzymanie go na pewnéj jednakiéj dyjecie przez dwa do trzech dni przed jakoteż podczas samego doświadczenia; a do otrzymania odpowiednich wyników, które są wyszczególnione poniżéj w szczególe przy pojedyńczych historyjach chorób i w tablicach, służył mi, jak zwykle, mocz. Obok tego badania oznaczałem ściśle ciepłotę, tętno, wagę uwzględniając dyjetę, która była zwykłą dyjetą szpitalną, dla chorych gorączkujących, t. j. rosół, mleko, barszcz. Mocz dokładnie zbierano od godz. 8 rano do godz. 8 rano dnia następnego zachęcając chorego przy końcu doby do oddania możebnych resztek moczu, i oznaczałem w nim nietylko mocznik, lecz także w wielu przypadkach azot w całości, a w kilku przypadkach oznaczałem także kwas siarkowy i chlorki. Oprócz tego w każdym przypadku uskuteczniałem badanie moczu, w sposób, jaki uważałem za konieczny dla uzyskania pewnych danych do ogólnego obrazu o przemianie materyi toczącéj się wśród ustroju.

Mocznik w moczu oznaczałem po większéj części za pomocą metody Knoppa w przyrządzie Wagnera (podbroman sodowy zawsze świeżo sporządzałem), w niektórych zaś i metodą miareczkowania według Liebiga-Pflügera. Wybrałem pierwszą metodę z pewnych względów: najpierw jest szybką i do względnych oznaczeń mocznika odpowiednią, mimo że nie oznacza całéj ilości azotu zawartego w moczniku. Co się zaś tyczy metody oznaczania mocznika miareczkowaniem według Liebiga-Pflügera, to sposób ten jest mozolny i nie wolny od błędów, jak to wykazał Bohland (*Beiträge zur quantitativen Bestimmung des Stickstoffs im Harn. Arch. für Phys. Pflüger.* 35 t., 5 i 6 z.) określając bliżéj błędy téj metody. I ja się o tém przekonałem porównywając w różnych przypadkach rezultat uzyskany temi dwiema metodami z rezultatem oznaczonego azotu w całości. Poprzestałem więc na oznaczeniu mocznika metodą Knoppa i azotu w moczu w całości przez spalenie za pomocą metody Dumasa-Ludwiga, zbierając azot w przyrządzie Zulkowskiego. Przy tém postępowaniu spalenia nasunęły mi się pewne korzystne zmiany, przeto wspomnę pokrótce tok roboty. Do oznaczenia brałem 3—5sz.cm. moczu, a w razie obecności białka po staranném oddzieleniu tegoż, odparowywałem mocz przy dodaniu 3—5 kropli kwasu siarkowego w łódce miedzianéj z wszelką ostrożnością na łaźni wodnéj do zupełnéj suchości, poczém wkładałem wysuszoną pozostałość w łódce pod dzwon wywiewy w celu dokładnego wysuszenia. Rura użyta do spalenia długości 48cm. przy końcu szerszym o średnicy 1·8cm. przy węższym 1·5cm. (jednéj i téj saméj rury używałem do wszystkich spaleń) zawierała licząc od końca szerszego ku węższemu: niedokwas miedzi grubo-ziarnisty, poczém łódkę z pozostałością moczu wypełnioną zarazem niedokwasem miedzi drobno-ziarnistym, następnie niedokwas miedzi drobno-ziarnisty, siatkę miedzianą, a wreszcie niedokwas miedzi grubo-ziarnisty; napełnianie rury uskuteczniałem

z wszelkiemi ostrożnościami na ciepło w celu usunięcia wszelkiéj wilgoci. Pojedyńcze wymienione warstwy odgraniczałem asbestem wytrawionym kwasem azotowym i następnie należycie wyżarzonym. Koniec szerszy téj rury łączyłem za pomocą właściwéj rurki szklanéj z rurą szklaną zawierającą należycie wysuszony dwuwęglan sodowy. Rurka ta przewodnia końcem swym lejkowato wydętym wchodziła w rurę zawierającą dwuwęglan sodowy, a drugim końcem wyciągniętym łączyła się za pomocą kurka z rurą służącą do spalenia. Całe ujście lejkowatego końca było starannie wypełnione stopionym chlorkiem wapna. Połączenie tego rodzaju ma na celu pochwycenie wszelkiéj pary wodnéj, która mimo najdokładniejszego wysuszenia dwuwęglanu sodowego zawsze tworzy się i bywa nieraz wielką przeszkodą w robocie, pominąwszy wzgląd, iż przez to połączenie nietylko zaoszczędza się tak rurę zawierającą dwuwęglan sodowy jakoteż rurę służącą do spalenia, ale zarazem pierwsza rura może być z łatwością wyjętą i ponownie dwuwęglanem napełnioną.

Koniec węższy rury służącéj do spalenia łączono jak zwykle za pomocą rury wygiętéj w U a wypełnionéj kilku kroplami rtęci lub wody i za pomocą rurki kauczukowéj odpowiedniéj długości z przyrządem Zulkowskiego, wypełnionym należycie ługiem potasowym o cięż. gat. 1·27. Spalenie (w piecu Muenckego), zbieranie gazu azotu, odczytywanie tegoż i obliczanie odbywałem w sposób znany. W celu otrzymania pewnéj miary dla wyników oznaczenia mocznika i azotu w sposób wyłuszczony wykonywałem takie oznaczenie nietylko w przypadkach chorobowych, lecz także w moczu ustroju fizyjologicznego. Kwas siarkowy oznaczałem w kilku przypadkach ilościowo i to oddzielnie kwas siarkowy będący w połączeniu z ciałami mineralnemi, a oddzielnie kwas siarkowy złączony z ciałami aromatycznemi. Pragnąłem bowiem przekonać się, czy antipyryn na wzór związków aromatycznych wchodzi również w połączenie z kwasem siarkowym. Ilościowo oznaczałem chlorki miareczkowaniem metodą Mohra, przygotowawszy poprzednio w tym celu pewną ilość moczu przez spalenie ostrożne z chemicznie czystym azotanem sodowym.

W ten sposób nad przemianą materyi u gorączkujących pod wpływem działania antipyrynu przeprowadziłem cały szereg doświadczeń. Ku temu celowi posłużyło mi: pięć przypadków duru, pięć przypadków zapalenia płuc dławcowego i jeden gruźlicy ostréj. Przytoczę je szczegółowo:

I. Przypadek. *Typhus abdominalis.* W. Pająk, wyrobnik, przybył 24 lutego 1885 do szpitala w stanie gorączkowym, trwającym od dni sześciu. Przy badaniu znaleziono stan chorego następujący: Indywiduum dobrze zbudowane, średnio odżywione, o skórze suchéj. Język obłożony, brak apetytu; stolce wolne, nieczęste; brzuch bolesny najwięcéj w okolicy kiszki ślepéj. Śledziona macalna, bolesna; stłumienie jéj rozciąga się od siódmego żebra do łuku żebrowego. W innych narządach oprócz lekkiego nieżytu w płucach żadnych zmian nie ma. Chory doznaje znacznego bólu głowy, szumu w uszach, przytém jest senny, apatyczny, ogólnie osłabiony. Ciepłota wieczorna 40·2°C., tętno 104.

25 lutego (VII dzień choroby). Stan taki sam jak dnia poprzedniego; ciepłota ranna 41·2, ciepłota wieczorna 40·6, tętno 108. Dyjeta przez cały czas obserwacyi aż do rekonwalescencyi była: rano, w południe i wieczorem barszcz i jedna bułka dziennie, za napój zaś: kwasek (*acid. phosp. 5:500*) i woda studzienna w ilości do 1000 sz.cm.

26 lutego (VIII dzień choroby). Ciepłota ranna 40·2, tętno 104; ciepłota wieczorna 40·4, tętno 108. Chory ciągle senny, apatyczny; tętno dość dobre; dwa stolce wolne bez boleści. Stan ogólny pogorszył się.

27 lutego (IX dzień).

Godzina	8r.,	3p.,	5,	7w.,	9.
Ciepłota	39·6,	40·3,	40·5,	40·0,	40·0
Tętno	120,	110,	124,	120,	106.

Waga ciała 46·30 klgr.

Objawy chorobowe wyż wymienione wzmogły się; trzy wolne stolce.

Mocz w ilości 600sz.cm. na dobę, barwy sinawo-żółtéj, zmącony od moczanów, białka 0·008% (nader mała ilość), chlorki w ilości %0·8% na dobę 4·8gr.

Ilość mocznika % 2·671gr. = N 1·255gr.

" " na dobę 16·026 " = N 7·532 "

Ilość azotu otrzymanego przez spalenie wynosi 1·532 %

" " " " " 9·192 na dobę

28 lutego (X dzień choroby).

Godzina	7r.,	8,	9,	10,	11,	12.
Ciepłota	39·8,	40·0,	40·3,	39·5,	38·2,	37·6,
Tętno	102,	120,	108,	114,	120,	100,
Antipyryn			2gr.	2gr.	2gr.	

Godzina	1p.,	2,	3,	4,	5,	6,	7,	8,	9,	12,
Ciepłota	37·5,	37·0,	36·5,	36·2,	36·3,	35·5,	34·6.	34·7,	34·8,	34·2.
Tętno	116,	110,	104,	98,	92,	84,	80,	92,	88.	

Ciężar ciała o godzinie 7 wieczorem wynosił 46·0 klgr.

Widocznem jest, jak pod wpływem sześciu gramów antipyrynu opadła ciepłota w przeciągu trzech godzin z 40·3° na 37·6°C. a wraz z nią i tętno. Przed użyciem antipyrynu chory był senny, nieprzytomny, znacznie osłabiony. Około zaś 3 godz. po poł. podczas stanu bezgorączkowego sztucznego chory jakby oprzytomniał, stał się mniéj sennym, więcéj oddziaływał na wpływy zewnętrzne, osłabienie jednak w równym utrzymało się stopniu. Obniżeniu ciepłoty towarzyszyły obfite poty trwające do dwóch godzin. Tegoż dnia chory ani moczu, ani stolca nie oddał.

1 marca (XI dzień choroby).

Godzina	4r.,	7,	8,	9,	10,	11,	12.
Ciepłota	34·5,	34·2,	34·7,	34·8,	35·5,	35·6,	35·7.
Tętno			78,	80,	80,	80,	84.

Godzina	1p.,	2,	3,	4,	5,	6,	7w.,	8w.,	9w.
Ciepłota	35·3,	35·7,	35·7,	36·9,	37·6,	37·5,	37·8,	37·7,	37·8.
Tętno	84,	84,	88,	96,	88,	84,	116,	100,	100.

Ciężar ciała wynosił 44·8 klgr.

Działanie antipyrynu rozciągnęło się aż do końca dnia tego, bo ciepłota, mimo że nie podano antipyrynu, nie podniosła się do 38°C., zrana nawet pozostawała w stanie subnormalnym. Chory dzięki temu obniżeniu ciepłoty doznaje pewnéj ulgi, niestosunkowéj jednak do ciepłoty ustroju fizyjologicznego, w jakiéj chory pozostawał. W objawach chorobowych mała tylko zmiana na lepsze. Miał jeden stolec wolny, dość skąpy.

Mocz w ilości 220 sz.cm. (mimo wypicia zwykłéj ilości płynu) zmącony od moczanów, barwy nasycono-winowo-żółtéj, odziaływa kwaśno, ciężar. gat. 1.032, białka 0·008% (nader mała ilość), chlorków 0·02%, na dobę 0·44gr. (w ilości silnie zmniejszonéj). Mocz z chlorkiem żelazowym daje wybitne zabarwienie czerwone.

Ilość mocznika % 2·448gr. = 1·198 N.

" " na dobę 5·384 " = 2·637 N.

Ilość azotu otrzymanego przez spalenie = 1·483 %.

Ilość azotu otrzymanego przez spalenie = 3·263 na dobę. (Ilość mocznika oznaczonego metodą Liebiga-Pflügera wynosiła 2·188%).

2 marca (XII dzień).

Godzina 7r., 8, 9, 10, 11, 12
Ciepłota 39·2, 38·0, 37, 36·8, 36·7, 37·1.
Tętno 108, 104, 88, 84, 92.
Antipyryn 1gr., 1gr.
Godzina 1p., 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.
Ciepłota 37·6, 38·0, 37·5, 37·3, 36·5, 36·7, 36·5, 36·1, 35·8, 35·8,
Tętno 104, 100, 100, 100, 100, 100, 100, 100, 80.
Antipyryn 2gr.
Ciężar ciała wynosił 45·5klgr.

W tym dniu wystarczyły tylko 4grm. antipyrynu, aby ciepłotę z 39·2° obniżyć do ciepłoty prawidłowéj. Stan ogólny chorego nieco lepszy. Skóra lekkim potem okryta; język mniéj obłożony, wilgotniejszy. Bolesność brzucha utrzymuje się, największa w okolicy kiszki ślepéj i śledziony; apetyt lichy, stolca nie było. Tętno dobre; *sensorium* swobodniejsze.

Mocz w ilości 800 sz.cm. zmącony od moczanów, barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddziaływa kwaśno, ciężar gat. 1·021, białka 0·006% (ślad wybitnie spostrzegalny), chlorki w ilości 0·26%, na dobę 2·08gr. (jeszcze zmniejszonéj i to dość silnie). Mocz z chlorkiem żelazowym daje wybitne zabarwienie czerwone.

Ilość mocznika % 2·71 gr. = 1·274 N.
" " na dobę 21·677gr. = 10·192 N.
Ilość azotu otrzymanego przez spalenie = 1·667%
" " " " = 13·331 na dobę.

(Ilość mocznika otrzymanego metodą Liebiga-Pflügera 2.282%).

3 marca (XIII dzień).

Godz. 2r., 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12,
Ciepł. 37·0, 38·3, 37·7, 37·2, 36·6, 36·5, 36·6, 36·5.
Tętno 108, 108, 92, 108, 92, 80, 88.
Antipyryn 2gr., 2gr.
Godz. 1p., 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11.
Ciepł. 36·6, 36·7, 36·8, 37·0, 37·4, 37·5, 37·4, 37·5, 37·3, 37·8.
Tętno 92, 92, 92, 88, 100, 88, 92, 92, 88.
Waga ciała wynosiła 44·5klgr.

Chory przytomniejszy, mniéj odurzony, sam uznaje polepszenie. Skóra spocona; okolica kiszki ślepéj i śledziony mniéj bolesna; język wilgotny, lekko obłożony; stolca nie było.

Mocz w ilości 700sz.cm., zmącony od moczanów, barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddział. kwaś., cięż. gat. 1.021, białka 0·008% (nader mała ilość), chlorki w ilości 0·22%, na dobę 1·54gr. (jeszcze zmniejszonéj dość silnie). Mocz z chlorkiem żelazowym daje wybitne zabarwienie czerwone.

Ilość mocznika % 2·703gr. na dobę 18·915gr.

4 marca (XIV dzień).

Godz. 1r., 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12.
Ciepł. 38·5, 39·2, 38·9, 38·8, 39·4, 39·4, 39·3, 39.3.
Tętno 108, 104, 96, 92, 100, 88.
Godzina 1p., 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
Ciepłota 39·6, 39·7, 40, 39·9, 39·7, 39·9, 39·8, 40·0.
Tętno 88, 88, 88, 92, 88, 88, 92, 92.
Ciężar ciała wynosił 44 klgr.

W dniu tym choremu nie podano antipyrynu, przeto ciepłota podniosła się nawet do wysokości 40°C. Mimo takiego stanu ciepłoty objawy chorobowe nie wzmogły się a nawet bolesność nad kiszką ślepą ustąpiła, okolica zaś śledziony jeszcze bolesna. Apetyt nieco lepszy; stolca nie było.

Mocz w ilości 1,100sz.cm. znacznie zmącony od moczanów, barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddział. kwaś., cięż. gat. 1.016, białka 0.004% (ślad zaledwie spostrzegalny), chlorki w ilości % 0·23gr., na dobę 2·53gr. (dość silnie zmniejszonéj), mocz z chlorkiem żelazowym daje wybitne zabarwienie czerwone.

Ilość mocznika % 2·204gr. na dobę 24·239gr.

(Ilość mocznika metodą Liebiga-Pflügera oznaczona wynosiła % 1·946)

5 marca (XV dzień).

Godzina 2r., 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.
Ciepłota 39·8, 39·5, 39·4, 39·0, 39·3, 39·6, 39·0, 38·2, 38.
Tętno 92, 88, 92, 92, 84, 84.
Antipyryn 2gr., 2gr., 2gr.
Godz. 1p., 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12.
Ciepł. 37·9, 37·1, 37·0, 36·7, 36·7, 36·1, 35·4, 35·5, 35·4, 35·5.
Tętno 68, 68, 68, 68, 72, 64, 64, 60, 80.

Tegoż dnia, gdy napowrót podano antipyryn w dawce 6gr. ciepłota znowu spadła aż do 35·4°C. wśród towarzyszących potów. Stan ogólny chorego lepszy. Język lekko obłożony; apetyt powraca; bolesności nad kiszką ślepą już nie ma, w okolicy śledziony ból nieznaczny, stolca nie było. Bólu głowy nie ma; sensorium nie zajęte.

Mocz w ilości 900sz.cm. nieco zmącony od moczanów, barwy winowo-żółtéj, oddział. kwaś., cięż. gat. 1·014, białka 0·004% (ślad wybitny), chlorki w ilości % 0·18, na dobę 1·62gr. (dość silnie zmniejszonéj). Mocz z chlorkiem żelazowym barwi się wyraźnie czerwono.

Ilość mocznika % 1·632gr. na dobę 14·683gr.

6 marca (XVI dzień).

Godzina 7r. 8, 9, 10, 11, 12,
Ciepłota 37·5, 38·4, 38·8, 39·0, 38·9, 38,
Tętno 92, 100, 92, 92, 100, 92,
Antipyryn 2gr. 2gr.
Godzina 1p. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11.
Ciepłota 37·6, 37, 36·7, 36·7, 36·8, 36·8, 36·7, 36·8, 36·7, 36·8, 36·8,
Tętno 68, 68, 72, 76, 80, 76, 88, 84, 84,
Ciężar ciała 43·8klgr.

Stan ogólny coraz więcéj się poprawia; apetyt wraca; stolca nie było.

Mocz w ilości 780 sz. cm. nieco zmącony od moczanów, oddziaływ. kwaś., cięż. gat. 1·018, białka 0·006% (ślad wybitny), chlorki w ilości 0·14% na dobę 1·09gr. (dość silnie zmniejszonéj). Mocz z chlorkiem żelazowym daje wybitne zabarwienie czerwone.

Ilość mocznika % 1·876 gr., na dobę 14·626 gr.

7 marca (XVII dzień).

Godzina 2r., 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12,
Ciepłota 38·0, 39·2, 39·0, 37·8, 37·6, 37·4, 36·5, 36·2,
Tętno 92, 88, 88, 72, 76, 64,
Antipyryn 2gr., 2gr.
Godzina 1p., 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,
Ciepłota 36·8, 36·5, 36·5, 36·8, 37·0, 37·5, 37·5, 38, 37·5,
Tętno 68, 76, 76, 76, 80, 80, 88, 88, 76.
Ciężar ciała zaczyna się podnosić, bo wynosi 44klgr., stan chorego coraz lepszy, stolca nie było.

Mocz w ilości 780 cm. sz., barwy winowo żółtéj, oddziaływania kwaśnego, cięż. gat. 1·018, białka 0·006% (ślad wybitny), chlorki w ilości 0·20%, na dobę 1·56gr. (dość silnie zmniejszonéj). Mocz z chlorkiem żelazowym daje wybitne zabarwienie czerwone.

Ilość mocznika % 1·618 gr., na dobę 12·615 gr.

8 marca (XVIII dzień choroby).

W tym dniu raz tylko ciepłota podniosła się była o godz.

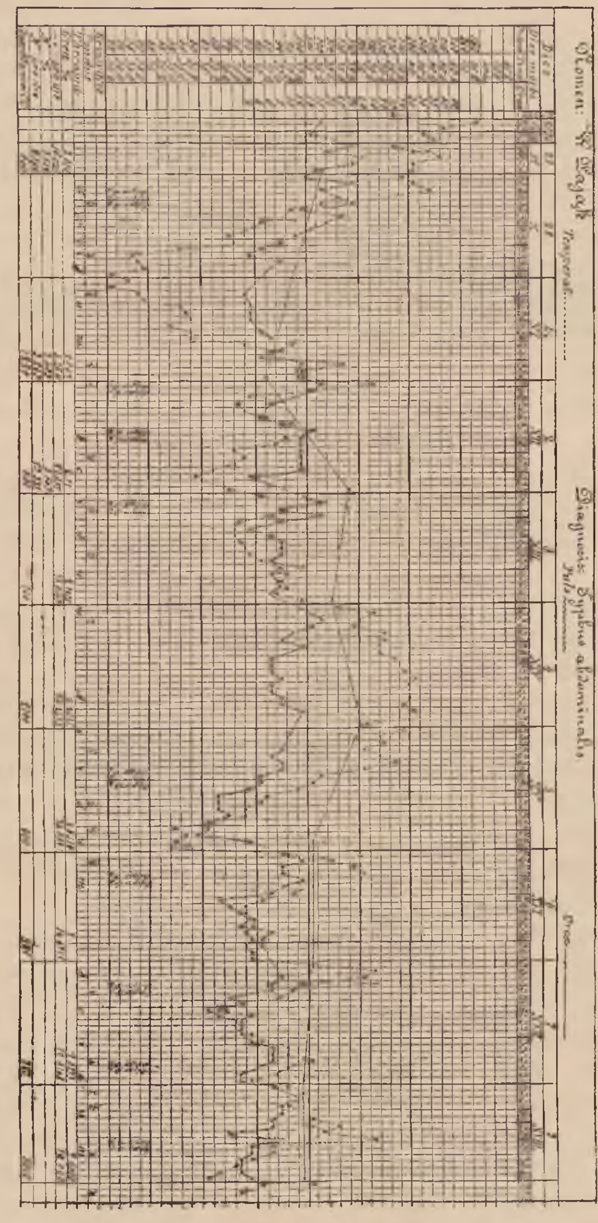
4 popoł. do 39·1°C. po podaniu 2gr. spadła napowrót do 37·2, ciężar ciała wynosił 45·5klgr.

Stan ogólny prawie zupełnie dobry, przytomność całkowita, skóra blada, wilgotnawa, język lekko obłożony, wilgotny. Bolesność tylko w okolicy śledziony, apetyt dobry, stolca nie było.

Mocz w ilości 1,000 sz. cm. barwy winowo-żółtéj oddziaływania kwaśnego, cięż. gat. 1·011, białka 0·004% (ślad zaledwie spostrzegalny), chlorki w ilości 0·25%, na dobę 2·50 gr. (jeszcze zmniejszonéj dość silnie). Mocz z chlorkiem żelazowym daje wybitne zabarwienie czerwone.

Ilość mocznika % 1·21 gr., na dobę 12·099 gr.

Ponieważ chory domagał się obfitszego pożywienia a ciepłota utrzymywała się prawie ciągle w granicach ciepłoty fizyjologicznéj, przeto zaniechano dalszych doświadczeń w zamierzonym kierunku, gdyż w takim razie musiała zajść zmiana w ilości mocznika, zależna od wprowadzenia do ustroju większéj ilości pokarmów i napojów.



(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Oceny i sprawozdania.

Alb. Rosenberg (Berlin): **Mentol, jako środek zastępujący kokain dla miejscowego znieczulenia błony śluzowéj nosa i gardzieli.**

Autor w liczniejszym szeregu stósownych przypadków używał mentolu w rozczynie eteru, a następnie wyskoku w celu znieczulenia błony śluzowéj nosa i gardzieli. Rozczyn eteru ma tę stronę ujemną, że sprowadza często w pierwszych chwilach piekący ból. Rozczyn wyskokowy nie ma téj niedogodności w tak wysokim stopniu, zawsze jednak chorzy więcéj tkliwi uskarżają się na bolesność. W ostatnich przypadkach używał autor rozczynu mentolu w oliwie, i ten podobno jest najdogodniejszym. Rozczyn musi zawierać 20% do 50% mentolu. Przy użyciu rozczynu 30% następuje zupełne znieczulenie, trwające 1—3 minut, poczém czucie powoli powraca do stanu prawidłowego. Pędzlowania dokonywał autor w ten sposób, że brał mały wacik w ramiona szczypczyków Tröltza zanurzał go na ¼ min. w rozczynie mentolu i pociągał nim błonę śluzową. Z 40 przypadków rozchodziło się w 9 o nerwice odruchowe, w 30 o zatkanie nosa, w skutek mocnego obrzmienia przestrzeni jamistych. We wszystkich tych przypadkach niemiłe przypady zupełnie ustąpiły po zapędzlowaniu rozczynem mentolu. W jednym przypadku rozchodziło się o uczucie ciała obcego w gardle. Mentol zmniejszył to uczucie ale go nie usunął. Dla kontroli zastósowano pędzlowanie 20% rozczynem kokainu, ale i ten nie był w stanie sprowadzić polepszenia w wyższym stopniu.

Mentol nie działa wprawdzie tak długo jak kokain (20%), działanie jednak zawsze trwa ¼ do ½, a w niektórych przypadkach 1—1½ godziny. Działanie mentolu zdaje się być zbiorowe. Przynajmniéj u kilku chorych u których autor kilkakrotnie, t. j. przez kilka dni, pędzlowanie powtarzał, późniejsze pędzlowania działały przez 2—3 godz.

Daléj używał autor rozczynu mentolu z dobrym skutkiem u osób, których dla zbytniéj drażliwości, nie podobna było laryngoskopować. Znieczulenie tutaj podniebienia miękkiego było zupełnie wystarczającém. W dwóch przypadkach zapalenia gardła mentol usunął ból przy przełykaniu. Wypalenie guziczków kwasem chromowym na błonie śluzowéj gardzieli (w *pharyngitis granulosa)*, poprzednio zapędzlowanéj mentolem nie wywoływało bólu. Znieczulenie jednak do operacyj galwanokaustycznych nie zupełnie jest wystarczającém.

W końcu próbował autor stósować rozczyn mentolu na błonę śluzową krtani. Tutaj silniejsze rozczyny wywołują bardzo mocne zadrażnienie i silny kaszel. Zwiększając jednak dawkę, doprowadził autor do 20% rozczynu, 10% rozczyn, jak to można było przez sondowanie stwierdzić, znacznie zmniejszył czułość wiązadeł i nagłośni.

Autor reasumując wyniki swéj pracy jest zdania, że jakkolwiek mentol nie zastąpi kokainu, w wielu jednak przypadkach można go używać. Jako wskazania wymienia autor: 1) próbne pędzlowania błony śluzowéj nosa, t. j. aby się przekonać, czy cierpienie nie jest nerwowém, 2) pomniejsze zabiegi operacyjne, 3) ułatwienie badania laryngoskopijnego (1 grm. mentolu kosztuje u Merkla w Darmstadzie 0·20 mark.) (*Berliner klin. Wochenschrift* 1885. Nr. 28). *Dr. Kopff.*

III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 9 maja 1885 r.

Obecni koledzy: prezes Matecki, Świderski, Koszutki, Święcicki, Kapuściński, Stan i sekretarz.

Przewodniczący poświęca słów kilka pamięci Prezesa zarządu Tow. Przyj. Nauk Stanisława Koźmiana i wzywa obecnych do oddania zgasłemu czci przez powstanie, co też nastąpiło.

Odczytano protokół z ostatniego posiedzenia, poczém sekretarz mówił o nowym sposobie operacyi katarakty niedojrzałéj i wystrzykiwaniu w celach aseptycznych komórek gałki, za pomocą przyrządu, który obecnym przedłożył. Prelegent wytłumaczył na wstępie konieczność operowania niekiedy zaćm niedojrzałych, następnie skreślił dotychczasowe sposoby zmierzające do tego celu, a mianowicie Mutera, Graefego i Foerstera, wyłuszczył ujemne własności tych sposobów postępowania, a następnie przeszedł do opisania własnego sposobu polegającego na tém, że po zrobieniu cięcia operacyjnego w gałce, wycięciu tęczówki i torebki, wydobywa przez nacisk co się wydobyć da, a następnie resztę wypłukuje 1%—2% kwasem borowym [1]).

Z przypadków dotychczas operowanych ma prelegent wszelki powód być zadowolonym, a dla ilustracyi przytacza kilka tychże, nadto podnosi wobec wymagań aseptyki znaczenie takich wystrzykiwań w ogólności po każdéj operacyi zrobionéj w wnętrzu przedniéj części gałki, a mianowicie po każdéj ekstrakcyi.

Następnie kol. Koszutski wspomina o kilku przypadkach bardzo silnego mlekotoku, w jednym u kobiety zamężnéj a drugi raz rodzącéj, któréj połóg był prawidłowy, mleko strumieniem wytryskiwało z piersi. Kol. K. wystrzykiwał z obydwóch piersi mleko, które wywoływało wyprysk sutek, piersi i pleców. Kol. Koszutski ze wszystkich zalecanych środków widział najwięcéj skutku z wewnętrznego i zewnętrznego zastosowania jodu. — Kol. Świderski zwraca uwagę na ludowy środek t. j. odwar suszonych wiśni z ogonkami. Ponieważ według kol. Świderskiego niedostateczne przeobrażenie wsteczne macicy po połogu jest przeważnie powodem mlekotoku, przeto w takich przypadkach ze skutkiem podaje ergotyn. — Kol. Koszutski podnosi i tę okoliczność, że w zwykłych przypadkach mlekotoku mazidło ulotne *(linimentum volatile)* dobre oddawało mu usługi.

W końcu sekretarz przedkłada list Prezesa Tow. lek. warsz. zawierający podziękowanie za przysłany w upominku biust ś. p. K. Marcinkowskiego, poczém ułożono porządek dzienny dla przyszłego walnego zgromadzenia.

Dr. B. Wicherkiewicz.

---

* W przedmiocie trzech przypadków przedstawionych przez Dra Święcickiego na posiedzeniu Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Pozn. z dnia 6 marca r. b., z którego sprawozdanie zamieszczono w N. 32 Przeglądu lek., otrzymujemy następujące wyjaśnienia:

Dr. Święcicki przedłożył najpierw preparat torbiela wielokomorowego, operowanego d. 31 stycznia rb. Ośm dni przed operacyją nastąpiło pęknięcie obrzęku. Ciecz koloidowa torbiela znajdowała się po otwarciu jamy brzusznéj po części w jamie otrzewny po części w pękniętym torbielu, a nadto otrzewna okazywała ostre przekrwienie. Mimo że toaleta otrzewny nie mogła w takim razie być kompletną, przebieg pooperacyjny był dobry i chora zdrowa opuściła zakład. Dr. Ś. wykazuje na powyższym przypadku, jak wielką własność wessania posiada otrzewna i że przebieg, jeżeli tylko antyseptyka przy operacyi sumiennie jest przeprowadzoną, mimo takich na pozór niekorzystnych warunków, staje się dobrym.—Drugi przypadek dotyczył mięsaka międzyściennego macicy znacznych rozmiarów u kobiety, która w skutek częstych krwotoków ulegała omdlewaniom i opadała na siłach. Dnia 18 lutego wykonał Dr. Św. *per laparotomiam* wycięcie ponadpochwowe całej macicy, a kikut przymocował sposobem Hegara extraperitonealnie. Mimo opatrywania kikuta silnym rozczynem chlorku zynku i zachowania zupełnéj antyseptyki chora 3 dnia po operacyi umarła. Sądząc z objawów w owych 3 dniach po operacyi umarła chora, zdaniem Dra Św., z gnilicy, która prawdopodobnie wzięła swój początek z powierzchni kikuta, będącéj bądź co bądź bramą inwazyjną dla mikroorganizmów. Zanurzenie kikuta w jamę otrzewnową jest niezaprzeczenie rzeczą korzystniejszą lecz w tym przypadku powierzchnia kikuta była zbyt wielką, aby go można było bez obawy zanurzyć.—W 3 wreszcie przypadku zrobił Dr. Św. z pomyślnym skutkiem wycięcie macicy przez pochwę z powodu jéj zrakowacenia. Przedkłada odnośny preparat makro- i mikroskopijny.

[1]) Obszerniejszą pracę w tym przedmiocie ogłosi prelegent niebawem.

IV. Fizyczne sposoby leczenia Kornelijusza Celsa.

Podał Dr. Stanisław Smoleński w Jaworzu.

(Dokończenie Patrz Nr. 30).

8) Lawatywy (*alvi lotiones*). Zabiegowi temu Cels poświęca cały obszerny ustęp, trzymając się w ustanowieniu wskazań przepisów Asklepiadesa: w ociężałości głowy, rozpaleniu oczu, w cierpieniach kiszek grubych i zaflegmieniach żołądka, w duszności, zatwardzeniu, początkach gorączki, jeśli osłabienie nie pozwala puszczenia krwi. Przeciwskazania stanowią: osłabienie i wycieńczenie długiemi chorobami, wypróżnienia wolne i wodniste, pora napadu gorączki, aby nie sprawić uderzenia do głowy. Do lawatyw używa wody czystéj, także solonéj i morskiéj, często z dodaniem oliwy i różnych odwarów roślinnnych. Co do ciepłoty, lawatywa nie ma być ani zimną ani gorącą, bo i ta i owa szkodzi. Lawatywa ujmuje materyi, sprawia ulgę częściom górnym, samą chorobę uśmierza.

Poleca lawatywy w bólach głowy, w chorobach nerek, w tężcu; w puchlinie brzusznéj, gdy powstało odęcie i ból, ostateczną jest pomocą wlewanie do rzyci obfitéj ilości wody ciepłéj. W zapaleniu kiszek trzeba uważać, gdzie jest obrzmienie, jeżeli poniżéj pępka, lawatywa jest nieużyteczna, jeżeli poniżéj, to według Erasistrata lawatywa służy bardzo dobrze. Skoro obrzmienia nie widać, trzeba obiedwie ręce położyć na górną część brzucha i powoli na dół zesuwać: w miejscu obrzmienia większy musi być opór według tego więc wywnioskować, czy lawatywa potrzebna, czy nie.

Cels znał i poleca i inne wstrzykiwania wody do jam. Zwraca tu uwagę rodzaj strzykawki, pierwotnie widać przeznaczonéj do uszu (*clyster oricularius*), któréj używa do przemywania przetok, do przestrzykiwania pęcherza po wycięciu kamienia moczowego, do przemywania ran, do wstrzykiwania pod napletek w przypadkach zapalenia.

Co do lawatyw to w gorączkach radzi ogłędność. Asklepiades uważał za obowiązek lekarza aby leczył *tuto, celeriter et iucunde*; życzyć sobie tego można, ale zbytni pośpiech szkodliwy. Dla tegotéż i lawatyw radzi używać rzadko, aby chorego nie osłabić bo osłabienie stanowi największe niebezpieczeństwo (III. 4 i 12).

9) Picie wody. Obfity napój wilgoci ciało i rozwalnia, skąpy powstrzymuje wypróżnienia, zimna woda wysusza. *Aqua omnium potionum imbecilissima.* Najlżejszą jest deszczowa, po niéj z fontanny, potém z rzeki, następnie ze studni, nareszcie ze śniegu lub lodu; cięższą od tych woda z jeziora, najcięższą z bagna. Łatwe ale i potrzebne jest rozpoznanie jéj własności. Lekka wykazuje się swym ciężarem a z wód równie ciężkich każda jest tém lepsza, im prędzéj się ogrzewa i oziębia i im prędzéj się w niéj rośliny strączkowe gotują.

Poleca Cels pić wodę w niestrawności, mówiąc: którzy powoli trawią i cierpią pragnienie w nocy, mają przed spoczynkiem wypić dwa albo trzy kubki wody przez cieńką rurkę *(fistula)*, również pić i przed jedzeniem (także przez rurkę—*per siphonem*) i wszelkie jedzenie kończyć piciem wody zimnéj. W cholerze radzi pić wodę nie tyle zimną, ile raczéj letnią, w zapaleniu kiszki grubéj podczas parcia pić letnią zbliżoną do zimnéj a dotkniętym *theriomate* (rak wodny?) pić wody jak najwięcéj. Celem wywołania lub ułatwienia wymiotów pijano bardzo często wodę ciepłą, szczególnie po

jedzeniu. Niezdrowo pić wodę w potach, w chorobach nerek, w biegunce.

Nad piciem wody w gorączkach zastanawia się Cels w osobnym rozdziale (III. 6). Łatwiejsza sprawa z potrawami niż z napojem, bo częstokroć żołądek go wyrzuca, choć dusza pożąda. Trzeba pouczyć chorego, że jak ustąpi gorączka, to i pragnienie ustanie. Jednakże nie każe tak ściśle odmawiać chorym wody jak potraw, boć i zdrowi lepiéj głód znoszą niż pragnienie. Pierwszego dnia zakazuje wszelkich płynów chybaby tętno tak zapadło, żeby i pokarmy dać trzeba. Od drugiego dnia począwszy silne pragnienie trzeba gasić, choćby pokarmów nie dawano. Nie bez słuszności powiedział Heraklides Tarentyńczyk, że w niektórych chorobach dobrze jest za pomocą napojów domieszywać nową materyję do zepsutéj. Trzeba i na to uważać, aby napoje podawać w tym samym czasie, co i potrawy, a jeżeli potraw podawać nie można, to wybrać porę, kiedy chorego uśpić chcemy, czemu pragnienie przeszkadza. Ale skoro pory jedzenia i picia zależą od gorączki i jéj zwolnienia, to przecież nie jest rzeczą wcale łatwą wiedzieć, kiedy chory gorączkuje, kiedy ma się lepiéj i kiedy słabnie, bez czego nie można ani jedzenia ani picia dysponować. Tętnu najwięcéj zawierzamy— rzeczy najzłudniejszéj, bo ono często jest wolniejszém lub częstszém według wieku, płci i przyrody ciała.—Nawet na pierwszy widok lekarza, troska chorego, niepewnego, jaki téż sąd lekarz o nim wyda, porusza je. Z téj przyczyny jestto rzeczą lekarza doświadczonego nie zaraz, jak tylko przybył, chwytać ręką za ramię, lecz najprzód posiedzieć z pogodném obliczem i badać, jak się chory ma, jeśli chory okazuje obawę, uspokoić go rozmową poważną a następnie dopiero sięgnąć do jego ręki. Tętno, które widok lekarza porusza, jakże snadnie tysiąc innych rzeczy zmienia. Druga rzecz, któréj zawierzamy, ciepłota, równie jest złudna. Bo i ją pobudza gorąco, praca, sen, obawa, troska. A zatém i na nią uważać trzeba, ale nie całkiem na nią się spuszczać. Najprzód trzeba wiedzieć, że nie gorączkuje ten, u kogo tętno bije regularnie a ciepłota taka, jaka u zdrowych być zwykła, ani téż nie trzeba mniemać, że ciepłota podwyższona i przyspieszenie tętna to już gorączka, lecz wtenczas dopiero, gdy równocześnie powierzchnia skóry niejednako jest sucha, gdy podwyższone ciepło jest i na czole i z wewnątrz podżebrzy się dostaje, gdy oddech z siłą z nozdrzy się wyrywa, gdy cerę zmienia czerwoność lub bladość, gdy oczy są ociężałe albo suche albo wilgotnawe, gdy pot, jeśli występuje, jest nierówny gdy tętnice w nierównych odstępach poruszają się. Dla tego lekarz nie ma siadać ani w mroku ani w głowach chorego, lecz w miejscu widném, naprzeciw chorego aby wszelkie znaki także i z oblicza leżącego chorego mógł przejrzeć.

W gorączkach ogólną radą jest, aby chory *neque potet, neque nimium siti crucietur* (III. 4). Po napadzie i obniżeniu gorączki uważać trzeba czy skronie lub inne części ciała wilgotnieją, co dowodzi nadchodzących potów. Jeśli w tym względzie istnieje jaka wskazówka, wtenczas dopiero podać jako napój wody ciepłéj, która działa zbawiennie, gdy potem wszystkie członki zlewa.

III.

Przystępujemy do trzeciéj i ostatniéj części naszéj pracy, aby wskazać, jak oceniał Cels różne czynniki klimatyczne pod względem higijeniczno-leczniczym. Szczegóły klimatofizyjologiczne zaczerpnięte są po większéj części z pism Hippokratowych, na tém polu Cels może najmniéj samodzielnym i oryginalnym.

Najprzód co do wpływu ciepła i zimna—następujące Cels wypowiedział zdanie: zimno wrogie jest starcowi, cienkiéj ranie, podżebrzom, trzewom, męcherzowi, uszom, biodrom, łopatkom, częściom rodnym, kościom, zębom, nerwom, sromowi niewieściemu, mózgowi. (Ustęp ten pochodzi z aforyzmów Hippokrata). Daléj powiada Cels: od zimna skóra blednie, schnie, twardnieje i czernieje, rodzi dreszcze i trzęsienia. Ale pożyteczném jest ludziom młodym i dobrze zażywnym. Myśl staje się podnioślejszą, trawienie lepszém w zimnie, byle z niém ostrożnie. Ciepło zaś pomyślnie działa tam, gdzie zimno szkodzi: w chorobach oczu, gdy nie ma ani bólu ani łzawienia służy nerwom ściągniętym i wrzodom powstałym z zimna. W nadmierném cieple ciało niewieścieje, nerwy mięknią, żołądek słabnie. Najmniéj bezpiecznemi są zimno i ciepło, gdy się na nie nagle naraża człowiek nieprzywykły. Bo zimno wywołuje bóle w boku i inne choroby, ciepło utrudnia trawienie, odejmuje sen, wywołuje pot, czyni ciało skłonném do chorób zaraźliwych (I. 9). Głód znosi się łatwiéj w powietrzu gęstém niż rzadkiém, łatwiéj w zimie niż w lecie (I. *praef.*); nie zgadza się to ze zdaniem Hippokrata, że zimą i wiosną, kiedy żołądki są najciepiejsze, potrzebne jest obfite pożywienie. I Cels powiada na inném miejscu, że w zimie więcéj jeść należy (*hieme plus esse convenit*, I. 3), mianowicie pokarmy ciepłe a mniéj pić; wiosną nie uszczuplać wiele pokarmów, ale pić więcéj, w jesieni trochę więcéj jeść a mniéj pić.

Nad wpływem pór roku, wiatrów, itp. na zdrowie ludzkie zastanawia się Cels w obszernym rozdziale (II. 1). Otóż, powiada, najzdrowszą jest wiosna, po niéj najbliżéj stoi zima, niebezpieczniejszém jest lato a najbardziéj niebezpieczną jesień. Co do pogody to najlepszą jest stała, czy zimno czy ciepło—najgorsza bardzo zmienna. Dla tego téż najwięcéj ludzi zapada w jesieni, bo wtenczas w południowéj porze jest ciepło a w nocy, rano i wieczorem zimno. Ciało więc zwiotczałe latem i ciepłem południowém podlega nagle zimnu. To się w téj porze roku dzieje najczęściéj a kiedykolwiek się zdarza, jest szkodliwém. Jeżeli zaś jednostajny jest stan powietrza, to najzdrowsze są dnie pogodne, lepsze dżdżyste niż chmurne i mgliste, w zimie najlepsze wolne od wszelkiego wiatru, w lecie z wiatrami południowemi. Jeśli wiatry nastaną, to zdrowsze północne niż wschodnie lub południowo-zachodnie. Ale to znów zależy od okolicy. Bo wiatr z okolic śródziemnych dochodzący jest zdrowy a od morza niezdrowy. Od dobrego stanu pogody nie tylko bezpieczeństwo zdrowia zależy, ale i choroby, jeżeli jakie przypadły, bywają lżejsze i rychléj się kończą. Najgorsze dla chorego to powietrze, które chorobę wywołało, tak, że w tym stanie przeniesienie się do okolicy nawet mniéj z natury zdrowéj jest zbawienném.—Na wiosnę zwykle powstają choroby oczu, krosty, krwotoki, ropnie, zaduma, padaczka, sapka i nieżyty, choroby stawów itp. Lato nie jest wolne od tych samych chorób, prócz tego sprowadza zimnice i gorączki, wymioty, rozwolnienia, bóle uszu, wrzody ust, raki szczególnie w częściach sromnych i osłabiające poty. Prawie wszystkie te choroby zdarzają się i w jesieni a oprócz tego powstają w téj porze niepewne gorączki, ból śledziony, puchlina podskórna, suchoty płuc, trudność moczenia, choroby kiszek cienkich, osłabienie trzew, bóle kulszowe, padaczki, zarazy; zima sprowadza bóle głowy, duszność, różne choroby gardła, boków i trzew.

Z wiatrów, północny wywołuje duszność, wysusza gardło, ściąga żołądek, wstrzymuje mocz, budzi dreszcze oraz bóle w boku i piersiach; zdrowe ciało hartuje (*spissat)*, czyni je ruchliwszém i lżejszém. Wiatr południowy słuch tępi, zmysły przytłumia, wywołuje ból głowy, stolce rozwalnia, całe ciało czyni gnuśném, wilgotném, słabém. Inne wiatry im więcéj zbliżają się do pierwszego lub drugiego tém więcéj pokrewne im zrządzają przypady.

W dalszym toku wylicza Cels różne choroby powstające skutkiem posuch lub ulewnych deszczów itd. Co do powstawania chorób powiada ważném jest wyjaśnienie, które pory roku i jakie stany pogody są niebezpieczne; podczas każdego bowiem stanu powietrza ludzie chorują i umierają, ale niekiedy częściéj, co dla tego wiedzieć trzeba aby się wystrzegać (II. *praef.*).

O mieszkaniu mówi: słabowici mieszkać mają w domu widnym, mającym w lecie przewiew, w zimie słońce; wystrzegać się słońca południowego, rannego i wieczornego tak samo wyziewów z rzek i stawów a najmniéj wystawiać się o wschodzie słońca na powietrze mgliste i nagły wpływ to ciepła, to zimna: oto rzeczy, które najwięcéj wzniecają sapki i nieżyty; tém więcéj baczyć na to w miejscach niezdrowych, w których i zarazy z tego powstają (I. 2).

Kto zmienia powietrze lub miejsce zamieszkania, łatwo dostaje zaburzeń w trawieniu, bo ani przejście z miejsca zdrowego w niezdrowe ani z niezdrowego w zdrowe jest bezpieczném; najlepiéj przechodzić ze zdrowego w niezdrowe w początku zimy, a z niezdrowego w zdrowe w początku lata. Nieżytów i sapki uniknąć można, jeśli skłonni do tego jak najmniéj zmieniają powietrza, miejsca i wody, jeśli głowę na słońcu nakrywają i nie narażają się na nagłe zimno.

W puchlinie podskórnéj każe Cels wystawiać części obrzękłe na działanie słońca, ale nie za długo, aby gorączka nie powstała, oraz ćwiczyć się na słońcu, bo *calor sine aqua siccat*. Padaczkowi mają unikać żaru słonecznego. W gorączkach poleca puścić krew, wstrząsać ciało i trzymać chorego w świetle, „jeśli ciało jest ściągnięte"; jeżeli się zaś „rozpływa" wskazane są spokój, sen, ciemność i powstrzymywanie potów. Do świeżego i czystego powietrza wielką przywięzuje wagę. W duszności pożytecznie biegać, ale bynajmniéj w kurzu, w zapaleniu płuc, gdy nastąpi niejaka ulga, trzy lub cztery razy dziennie wpuszczać odemkniętemi oknami świeże powietrze; w pałającéj gorączce trzymać chorego w obszernym pokoju, gdzieby chory oddychać mógł obficie świeżém powietrzem itd.

Zmianę miejsca poleca Cels wielokrotnie. W czasie zarazy, szczególnie wiatrem południowym przyniesionéj, radzi podróżować i okrętem jeździć. W suchotach rozwiniętych (*vera phthisis*) trzeba, jeśli siły na to pozwalają, użyć długiéj podróży na okręcie i zmienić powietrze, przenosząc się do gęściejszego niż to, które chory opuszcza. Szczególnie dobrze wyjechać z Italii do Aleksandryi. To chory znosi dobrze w początkach cierpienia, jeśli zaś osłabienie nie pozwala, bardzo korzystnie jeździć okrętem, ale nie długo; gdy to niemożebne, używać lektyki lub innych ruchów. Podróże dla zmiany podniebia również pożyteczne w bólach nerwowych. W duszności dobrze służą wędrówki, długie podróże okrętem, przebywanie w okolicach morskich; plujący krwią mają przez zimę przebywać w miejscach nadmorskich a w lecie w śródziemnych.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Z powodu mnożenia się zafałszowań pokarmów i napojów uczyniono na jedném z ostatnich posiedzeń rady miejskiéj wiedeńskiéj wniosek następującéj treści: Poleca się magistratowi do rozwagi czy nie byłoby możliwém urządzić już raz zakład do badania pokarmów (z pomocą ze strony rządu lub bez téjże), tak jak to ma miejsce w innych miastach, aby położyć tamę fałszerstwom na tém polu. Wniosek ten odesłano do sekcyi sanitarnéj.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 19—25 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 48,3. Z odry umarło 12 (3 z. t.); z płonicy 2 (2 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.); z suchot płucnych 5 (11 z. t.); z biegunki 13 (10 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 13 przypadkach odry, 1 duru brzusznego, 1 czerwonki. Na ospę umarło w czasie od 12—18 lipca w Chemnitz, Hamburgu, Paryżu i Odesie po 1; w Wenecyi 2; w Pradze, Budapeszcie, Petersburgu, Rzymie po 3: w Bazylei 4; w Warszawie 7; w Londynie 11; w Wiedniu 21; zachorowało w Budapeszcie 9; w Wiedniu 46; w Londynie 118. Z duru brzusznego zapadło w Wiesbadenie 6. Z cholery zapadło od 7—17 lipca w Hiszpanii 14.671, umarło 6.759.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 12—18 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 39,5; w Warszawie 26,8; w Poznaniu 30,0; w Berlinie 27,9; we Wrocławiu 31,7; w Gdańsku 28,2; w Dreźnie 25,0; w Hamburgu 25,4; w Kolonii 27,4; w Lipsku 23,1; w Mnichowie 32,9; w Amsterdamie 21,4; w Bazylei 24,9; w Brukseli 27,0; w Budapeszcie 31,8; w Chrystyjanii 26,4; w Kopenhadze 17,3; w Londynie 20,6; w Odesie 46,8; w Paryżu 20,3; w Petersburgu 29,2; w Pradze 38,8; w Rzymie 21.5; w Stokholmie 19,2; w Wenecyi 26,8; w Wiedniu 28,2; w Zurychu 16,6. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14go sierpnia. Z dniem każdym nawiedza cholera w Hiszpanii i południowéj Francyi obszary rozleglejsze a reszta państw stałego lądu zaczyna się poczuwać do obowiązku zapobiegania zawleczeniu zarazy, za pomocą odpowiednich rozporządzeń tak jak w roku zeszłym. To téż i austryjackie Ministerstwo spraw wewnętrznych rozesłało do władz krajów koronnych rozporządzenie następującéj treści z dnia 4 b. m.: W obec okoliczności, że wybuch cholery w Marsylii urzędownie stwierdzono, a zaraza nawiedziła miejscowość, z któréj nader łatwo może być zawleczoną w granice monarchii austro-węgierskiéj zwłaszcza przez robotników uchodzących z Marsylii i okolicy, uważa Ministersrwo spraw wewnętrznych za konieczne nadać moc obowiązującą rozporzędzeniu z dnia 10 listopada 1884 L. 18.172, dotyczącemu badania i strzeżenia podróżnych powracających z okolic zarazą nawiedzonzonych. W myśl tegoż rozporządzenia winni właściciele hotelów i tym podobnych zakładów jak niemniéj ich dzierżawcy i osoby prywatne stósować się ściśle do obowiązujących przepisów meldunkowych, oprócz tego dawać znać natychmiast miejscowéj władzy policyjnéj o każdym podróżnym, przybywającym z południowéj Francyi i Hiszpanii, aby władze odnośne mogły wypełnić obowiązek swój, a mianowicie zbadać stan zdrowia osób przybywających przez lekarza urzędowego i poddać ich trzechdniowéj obserwacyi. Na wypadek pojawienia się u przybyłych objawów cholery lub tylko objawów zwiastunowych téjże należy zarządzić środki zdążające do odosobnienia, leczenia i dezynfekcyi. Samo przez się rozumie się, że rozporządzeń wydanych w ogólności na wypadek wybuchu zarazy należy obecnie przestrzegać i przypomnieć je władzom podwładnym. Równocześnie jednak należy zwrócić uwagę władz a przez nie gmin, aby wśród wykonywania środków zaleconych przeciw zawleczeniu cholery z zagranicy trzymały się ściśle rozporządzeń wydanych przez władze wyższe a zaniechały wszelkich środków daléj idących aniżeli środki wskazane im temi rozporządzeniami.

* Ministerstwo handlu wydało rozporządzenie, że wszelkie korespondencyje dotyczące sprawy szczepienia pomiędzy lekarzami zajmującymi się szczepieniem z polecenia władz politycznych a gminami, względnie urzędami parafijalnemi, mogą być przesyłane bezpłatnie przez urzędy pocztowe ale to tylko w porze szczepienia.

* Ministerstwo spraw wewnętrznych rozesłało do Namiestnictw okólnik, w którym żąda opinii ze strony Namiestnictw względnie protomedyków czy i o ile należy ze strony Rządu uregulować stosunek lekarzy-dentystów do dentystów-techników.

* O odkryciu Dra Ferrana orzekają dwaj jego ziomkowie biegli w badaniach epidemijologicznych Mendoza i Solà co następuje: 1) Szczegóły z rozwoju przyjmowanéj *Peronospora Ferrani* nie odpewiadają wcale rozwojowi klasycznemu prątków z rodziny *Peronosporaceae* tak jak to Ferran opisuje. 2) Tak zwane *oogones* Forrana nie są niczém innémjak tylko spiryllami osłabionemi i z biegiem czasu zniekształtniałemi. Ciała malinowate są kulkami krystalicznemi pozlepianemi za pomocą istoty klejowatéj. Zarodniki prątków nie istnieją wcale. 3) Prątek cholery wstrzyknięty podskórnie nie wywołuje wcale objawów cholery. Jako *resumé* rozprawy swojéj pt.: *El cólera en Valencia y a la vacunacion anticolérica* (Granada 1885) pisze Solà: 1) Nie mogę potwierdzić zdania Ferrana o rozwoju prątków cholery w oogony, oosfery i ciała malinowate. 2) Płyn szczepienny Ferrana zawiera prątki przecinkowe, technika szczepienia jest prostą i łatwą. 3) Skutek szczepienia nie przedstawia ani jednego szczegółu z klinicznego przebiegu cholery, a skoro prawie w każdym przypadku nie ma wcale biegunki, można szczepienie uważać za wolne od niebezpieczeństwa w têm znaczeniu, że nie jest ono zdolne do rozszerzania zarazy. 4) Wiarygodnéj i dostatecznéj statystyki szczepienia nie ma dotąd. 5) Ani krew ani wypróżnienia stolcowe zaszczepionych nie zawierają ani prątków ani spiryl. — Szczepienia Ferrana będą niezadługo kontrolowane ze strony urzędowéj. W tym celu uda się Dr. Ferran wraz z trzema lekarzami przez Rząd wyznaczonymi do Benito koło Bajadoz; miejscowość ta zostanie odgraniczoną a przedstawiciele Rządu będą obserwować wszystkich zaszczepionych, następnie zaś zestawią listę, która wykaże ile osób zmarło z cholery pomimo zaszczepienia, ilu zaś ocalało. *(Rivista internacional de ciencias médicas biologicas* I, Nr. 2, 1885).

* W Szczawnicy bawiło do 7 sierpnia 2.507 osób; po koniec lipca w Iwoniczu 1.278 osób; w Lubieniu 589; w Luhaczowicach 1.231; w Rożnowie na Morawie 1.400 gości (w roku zeszłym było tamże do końca lipca 1.264 gości); w Gainfarn 987; w Giesshüblu 371; w Gleichenbergu do 5 sierpnia 3.959 osób.

* **Berlin.** W państwowym urzędzie zdrowia przeprowadza obecnie zmiany dyrektor tegoż urzędu tajny radca Köhler. Badaniami naukowemi, któremi zajmował się dotąd prof. R. Koch, zajmować się będzie nadal po największéj części nowoutworzony zakład higijeniczny uniwersytetu berlińskiego — niejako filija urzędu zdrowia, pod kierunkiem Kocha, który pozostaje tylko nadzwyczajnym członkiem urzędu zdrowia. Szefem oddziału bakteryjologicznego w tym urzędzie zostanie lekarz sztabowy i towarzysz Kocha w wycieczce do Egiptu i Indyj Dr. Gaffky.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** *Wiener Ztg.* z d. 8go b. m. przyniosła wiadomość o nominacyi Dra Ernesta Fuchsa z Leodyjum zwyczajnym profesorem drugiéj kliniki okulistycznéj na tutejszym uniwersytecie. — **Wrocław.** Akademija umiejętności w Amsterdamie nadała medal Leeuwenhoeka profesorowi Ferdynandowi Cohnowi. Wręczenie tego medalu odbędzie się uroczyście dnia 28go września b. r. jako w rocznicę urodzin Leeuwenhoeka. — **Berlin.** Dziekanem Wydziału lekarskiego na rok następny został wybrany T. R. prof. Gusserow. — **Würzburg.** Na opróżnioną katedrę medycyny wewnętrznéj przedstawił Wydział lek. Rządowi bawarskiemu prof. Leubego, Liebermeistra i Lichtheima. Prof. Leube przyjął już wezwanie na tę katedrę. Na miejsce prof. Merkla, który zajmie, jak wiadomo, opróżnioną po śmierci Henlego katedrę w Getyndze, powołano na wniosek Wydziału prof. Stiedę z Dorpatu, który to wezwanie przyjął. — Prof. Finkler z Erlangi został powołany na miejsce prof. Wislicenusa i przyjął to wezwanie. — **Kiel.** Prof. Litzmann usuwa się z powodu wieku ze stanowiska prof. położnictwa zajmowanego dotąd z taką korzyścią dla nauki. — **Gryfija.** Prof. Rinne objął w zastępstwie kierownictwo kliniki chirurgicznéj. — **Bazyleja.** Prof. Bunge z Dorpatu został wezwany na zastępstwo prof. chemii fizyjologicznéj.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Teofil Bąkowski, asystent przy katedrze anatomii opisowéj Uniw. Jagiell. został zamianowany starszym lekarzem w rezerwie. — Wiceburmistrz miasta Czerniowiec, radca sanitarny Dr. Henryk Atlas, obchodził dnia 6 b. m. 50-letni jubileusz doktoratu. Obywatele Czerniowiec wręczyli mu przy têj sposobności dyplom honorowego obywatelstwa tego miasta. — W uznaniu odkryć ne polu etyjologii chorób zakaźnych otrzymał Pasteur nagrodę zwaną „Barotte“ wynoszącą 3.400 franków, a przeznaczoną dla wynalazków i odkryć mających znaczenie dla rolnictwa.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 32: Poznańskiego: Dławiec i błonica; Markiewicza: Sanitarne wymagania szkół i pensyjonatów (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 32: Orłowskiego: Zgorzel prącia; Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze; Odcinek: Bujwida: Z pracowni profesora Kocha.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. K. Grabowski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod tymcz. zarządem Bol. Dembowskiego.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 22 sierpnia 1885. № 34. Rok XXIV.

I. O rozpoznawaniu jam w miąższu płucnym.

Wykład habilitacyjny Dra W. Antoniego Gluzińskiego,
I asystenta kliniki lek.
(Dokończenie. Patrz Nr. 32).

Znaczenie tych objawów zwiększy się i podniesie się ich wartość, gdy skończywszy opukiwanie przysłuchem badać będziemy. Te same bowiem warunki fizyczne, na których oparliśmy warunki wypuku, muszą nam dać odpowiedni obraz przysłuchowy. Ze wszystkich rodzajów szmerów, z jakiemi spotykamy się nad miąższem płucnym, w dwóch tylko znajdziemy podstawę dla rozpoznania jam, t. j. w oskrzelowym i amforycznym z zastrzeżeniem, że szmer pęcherzykowy lub nieoznaczony nie przemawiają wcale przeciw rozpoznaniu jamy.

Jak wiemy ze szmerem oskrzelowym, pomijając wyjątki, spotykamy się nad miąższem płucnym wśród dwóch stanów patologicznych:

1) gdy odpowiednio wielka część miąższu płucnego z jakiegokolwiek powodu staje się dostatecznie zbitą, bezpowietrzną i posiada jedno z większych oskrzeli drożne;

2) nad jamą, jeżeli odpowiednio jest wielka, położona dość blisko powierzchni, otoczona bezpowietrznym miąższem i komunikuje z oskrzelem. Jedném słowem, gdy mniéj więcéj przedstawia te same warunki, jakie podaliśmy dla odgłosu bębenkowego nad jamami, tak, że odgłos bębenkowy a oddech oskrzelowy będą poniekąd dla siebie objawami dopełniającemi w rozpoznawaniu jam.

Czy jest różnica między szmerem oskrzelowym z jednego lub drugiego powodu powstałym?

Z czasów Laënec a posiadamy nazwę dla szmeru nad jamami, która wskazywałaby, że różnicę tę robiono. Laënec nazywa ten szmer jamistym (po niemiecku *cavernöses Athmungsgeräusch*) i nazwę tę do dziś dnia znajdujemy jeszcze w literaturze francuskiéj i angielskiéj. Różnicę tę starano się określić własnościami tego szmeru, który ma być niższy, więcéj pusty, więcéj dźwięczny, stalszy, pełniejszy, mniéj rozlany, więcéj zlokalizowany i miększy aniżeli szmer oskrzelowy w skutek zbitości miąższu płucnego powstały.

W teoryi rzecz ta miałaby swoje usprawiedliwienie. Wiadomo bowiem Panom, że źródła powstania dla szmeru oskrzelowego w jednym i drugim przypadku po części są różne. Miąższ zbity pozwala szmerowi oskrzelowemu powstałemu w głośni przedostać się aż do powierzchni kl. piersiowéj; gdy prąd powietrza przechodząc z wąskiego względnie oskrzela do miejsca szerszego, t. j. jamy, znajduje w niéj saméj warunki dla drgań nowych, które są w stanie *in loco* szmer wywołać, z drugiéj strony rola jamy jako resonatora musi tu swój wpływ wywrzeć, jak to wykazują zresztą prace Helmholza i Zamminera. Własności zatém te, jakie wymieniłem dla szmeru jamistego Laëneca, znalazłyby teoretyczną podstawę, praktycznie jednak rzecz biorąc nie mają znaczenia, tak, że o szmerze „jamistym“, jako szmerze charakterystycznym dla jam, mowy być nie może.

Nie brak w dalszym ciągu usiłowań, aby znaleźć, podobnie jak dla odgłosu bębenkowego, pewne cechy dla szmeru oskrzelowego nad jamami ze względu na zmianę jego wysokości wśród rozmaitych warunków. I tak spotykamy się u Wintricha, Wachsmutha, Gerhardta z uwagą, że szmer oskrzelowy nad jamą jest wyższy przy otwarciu, niższy przy zamknięciu ust, że ze zmianą położenia zmienia swoją wysokość, podobnie jak to wykazał pierwszy Biermer dla szmeru amforycznego przy odmie piersiowéj; Thomas wspomina, że ma tę samą wysokość, jaką w tém miejscu ma odgłos bębenkowy; są to jednak z jednéj strony rzeczy nieczęste, z drugiéj za mało uchwytne, aby na nich opierać rozpoznanie.

Już więcéj zasługuje na naszą uwagę zachowanie się szmeru oskrzelowego, na które pierwszy zwrócił uwagę Seitz jako charakterystyczne dla jam. Polega ono na zmie-

nianiu się charakteru szmeru wśród jednéj fazy oddechowéj, t. j. wdechu i nazwał go dla tego Seitz szmerem oddechowym zmiennym (*metamorphosirendes Athmungsgeräusch*). Rozpoczyna się tenże od szmeru ostrego, który możemy sobie przedstawić wciągając ustami powietrze przy ustawieniu języka jak do wymawiania litery *g*. Szmer ten trwa krótko, bo zaledwie $^1/_3$ część całego wdechu, aby następnie przejść w oskrzelowy lub nieoznaczony w skutek pokrycia tegoż znaczną ilością rzężeń. Podstawa fizyczna szmeru zmiennego, jak to doświadczeniami Seitz wykazał, zdaje się polegać na tém, że powietrze przed dojściem podczas wdechu do jamy musi przebyć, względnie do jamy wąskie, ujście oskrzela, a dostawszy się dopiero do jamy znajduje warunki dla powstania szmeru oskrzelowego lub rzężeń. Z początku wdechu ma więc on charakter szmeru, z jakim się spotykamy przy zwężeniach oskrzeli (*Stenösengeräusch*). Zwężenie to dość często sprawia śluz nagromadzony w oskrzelu, tak, że po silniejszym kaszlu i odkrztuszaniu charakter ten szmeru znika. Spostrzegamy go nie tak często i nie stale przy każdém badaniu, w każdym razie jego obecności może on być zużytkowanym przy rozpoznawaniu jam.

Warunki fizyczne, jakie poznaliśmy jako konieczne dla powstania odgłosu wypukowego metalicznego, wpływają również na charakter słyszalnego szmeru, który staje się amforycznym. Do warunków tych przybywa tutaj jeszcze jeden niezbędny, t. j. aby do jamy przynajmniéj wielkości pięści (Skoda), o ścianach zbitych i gładkich, dochodził swobodnie chociaż jeden większy oskrzel. Stwierdzony szmer amforyczny w ograniczoném miejscu silnie przechyla szalę na korzyść rozpoznania jamy, nie bezwzględnie jednak, bo pomijając już odmę piersiową, nie brak przypadków, w których można było słyszeć szmer amforyczny mimo braku jamy i tak Friedrich stwierdzał go u starców między łopatkami, Landouzy, Trousseau, Barthez i Risler wreszcie Wintrich nad płucem ugniecionem przez wypocinę opłucnową, Ferber wśród zapalenia płuc itd. a sekcyje nigdzie jamy nie wykazały. Wyjątki te są rzadkie, a zresztą kontrolę silną mamy już w poprzednich wynikach badania, szczególniéj w wypuku.

Zwrócić mi należy uwagę Panów jeszcze na jeden szczegół przypominając, że szmer oskrzelowy przybiera nieraz charakter metaliczny, gdy powstaje w sąsiedztwie jam fizyjologicznych. Względnie dość często np. możemy się z nim spotkać w dolnéj części lewego płuca, którego miąższ stał się bezpowietrznym, bo żołądek przylegający rozdęty szczególniéj gazami będzie resonatorem. Na szczegół ten należy baczyć ze względu na rozpoznanie jam (rozstrzeni oskrzelowych), które w tém miejscu znajdować się mogą.

Przy wszystkich objawach przysłuchowych, któreśmy podnieśli jako właściwe jamom, kładliśmy nacisk, aby jama z oskrzelem swobodnie się łączyła. Przerwanie tego połączenia z jakiegokolwiek powodu sprawia, że te objawy przysłuchowe nikną lub pojawia się szmer nieoznaczony, ustępujący miejsca szmerowi oskrzelowemu lub amforycznemu, gdy drożność zostanie przywróconą. Zamknięcie takie, a więc i jego następstwa, sprawia często śluz nagromadzony w oskrzelu. Ostrożność zatém nakazuje, aby przez kaszel starać się śluz wydalić i zyskać w ten sposób warunek niezbędny dla właściwych jamom objawów przysłuchowych, do których w dalszym ciągu należy nam zaliczyć także i rozmaite rzężenia.

Że rzężenia w jamie wypełnionéj treścią płynną powstać muszą, że ilość i jakość ich może być rozmaita, że znaczna ich część ma charakter dźwięczny lub metaliczny, że powstać mogą tak podczas wdechu jak i wydechu, udawadniać nie potrzebuję, bo rzecz ta z ogólnéj nauki o rzężeniach jest Panom znana. Tu należy mi tylko podnieść, że znaczna ilość różnobańkowych rzężeń dźwięcznych, a szczególniéj metalicznych, słyszalnych w ograniczoném miejscu, zwłaszcza w miejscu, w którém najczęściéj z jamami się spotykamy, np. z przodu klatki piersiowéj pod obojczykiem, należy do pewniejszych objawów rozpoznawczych dla jam. Bass zwrócił pierwszy nadto uwagę, że rzężenia w jamach powstałe niekiedy są słyszalne i po ukończeniu wydechu (*postexpiratorische Rasseln*), objaw właściwy jamom, a Guttmann podał nam tłumaczenie tego zjawiska upatrując przyczyny w dalszém trwaniu pękania baniek wywołanych prądem wydechowym powietrza, bo treść płynna w jamie wprawiona w ruch nie od razu przechodzi w stan spoczynku.

Niekiedy, gdy jama wypełniona płynną treścią leży w sąsiedztwie serca, słyszeć się dają rzężenia nawet po wstrzymaniu ruchów oddechowych równoczesne z ruchami serca na co zwrócił już uwagę Laënec, a następnie Richardson, Landois itd.

Aby skończyć z objawami przysłuchowemi wspomnieć mi wypada o zachowaniu się przewodnictwa głosu nad jamami. Że będzie ono najczęściéj wzmożone, że niekiedy znów może być osłabione lub nawet zniesione, łatwo Panom ocenić znając fizyczną podstawę przewodnictwa głosu. Jako ogólną regułę możemy przyjąć, że tam gdzie nad jamami mamy szmer oskrzelowy, amforyczny lub nieoznaczony przez pokrycie właściwego szmeru obfitą ilością rzężeń dźwięcznych, tam spodziewać się mamy prawo wzmożenia przewodnictwa głosu, bez lub z równoczesnym podźwiękiem metalicznym. Objaw ten ma w rozpoznaniu jam znaczenie drugorzędne, pomocnicze.

Laënec wprawdzie, podobnie jak odróżniał szmer oskrzelowy nad zbitym miąższem płucnym od szmeru tegoż nad jamami, o czém wspomniałem wyżéj, tak również przyjmował dwa rodzaje przewodnictwa głosu (*Bronchophonie* nad miąższem płucnym zbitym, *Pectiroloquie* nad jamami). Rozróżnienie to musimy jednak ze względu praktycznego ocenić w ten sam sposób, jak to Panom przedstawiłem mówiąc o szmerze oskrzelowym. Nie chcąc się powtarzać odsyłam Panów do uwag tam poczynionych.

Zbliżamy się do końca, bo pozostaje nam kilka słów dodać o zachowaniu się plwocin. Nie wdając się obecnie w szczegółowe rozróżnienie od siebie jam z rozmaitych powodów powstałych, biorąc rzecz tylko ze stanowiska ogólnego, nie będę zwracał uwagi Panów na własności plwocin w poszczególnych rodzajach, a powiem tylko, że obfita ilość plwocin przeważnie ropnych, które układają się na dnie naczynia (bezpowietrzne) w formie pieniążków (*sputum rotundum, numulare*) lub nieregularnych zbitych mas (*sputum globosum*) najczęściéj pochodzi z jam płucnych i u niektórych autorów nosi nawet nazwę plwocin jamistych (*sputum cavernosum*). Wykrztuszanie u chorych z jamami odbywa się zwykle napadowo po silniejszym kaszlu, nieraz prawie regularnie w pewnych porach dnia (szczególnie przy rozstrzeniach oskrzelowych).

Oto w zarysie przebieg badania i główne podstawy rozpoznawania w ogólności jam w miąższu płucnym. Objawów zyskanych wcale pokaźna ilość, z których wobec podstawy czysto fizycznéj daje się ułożyć obraz dość jednostaj-

ny, stanowiący całość. W obrazie tym na pierwszy plan wystąpią objawy zyskane opukiwaniem i przysłuchem, otrzymane zaś innemi sposobami badania, jakkolwiek zajmą miejsce drugorzędne, w każdym razie niezbędne, a nieraz zdecydują rozpoznanie, jak to Panowie poznacie poźniéj w specyjalnéj dyjagnostyce.

II. Z pracowni chemii lekarskiéj prof. Dra Stopczańskiego i z oddziału chorób wewnętrznych prof. Dra Pareńskiego.

Doświadczenia nad antipyrynem, jako środkiem przeciwgorączkowym z uwzględnieniem jego wpływu na przemianę materyi.

Podał Dr. Józef Wiczkowski,
asystent zakładu chemii lekarskiéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

II. Przypadek. *Typhus abdominalis*. Mądrela, l. 23, wyrobnik zgłosił się do szpitala 6 marca 1885 skarżąc się, iż po dreszczach, które miały wystąpić przed 8 dniami popadł w stan gorączkowy, przyczém czuje się ogólnie osłabionym i jakby odurzonym. Badanie przedsięwzięte tegoż dnia wykazało: Indywiduum dobrze zbudowane i odżywione; ciepłota 40·6° C.; język obłożony, wilgotny; apetyt upośledzony; stolca brak; bolesność w okolicy śledziony, któréj stłumienie poczyna się od 8. żebra, a sięga do łuku żebrowego. W narządzie oddechowym łekki nieżyt oskrzelowy; narząd krążenia bez zboczeń, tętno 110. Ból głowy, ospałość i ogólne osłabienie,

7 marca (IX dzień choroby).

Godzina	8r.,	10,	11,
Ciepłota	41·0,	41·7,	41·7,
Tętno	120,	136,	128,

Godzina	1p.	3,	5,	7,	9,	10,	11,
Ciepłota	41·4,	41·2,	41·0,	40·8,	41·0,	40·6,	40·5
Tętno	124,	120,	120,	116,	116,	108,	

Ciężar ciała 55·7 klgr.

Stan chorego niezmieniony; stolca brak. — Dyjeta przez cały czas obserwacyi aż do rekonwalescencyi była: rano, w południe i wieczorem barszcz i jedna bułka dziennie. Jako napój zaś: 500 sz. cm. *Acidi phosph.* (5:500) i do 1,000 sz. cm. wody studziennéj.

Mocz w ilości na dobę 1,100 sz. cm. barwy winowo-żółtéj, oddziaływania kwaśnego, cięż. gat. 1·021, białka 0·008%, (nader mała ilość), chlorki w ilości zmniejszonéj.

Ilość mocznika % 2·716 gr. = 1·277 N%
" " na dobę 29·871 gr. = 14·047 N na dobę
Ilość azotu otrzymanego przez spalenie = 1·715%
" " " " " = 18·865 na dobę.

Ilość kwasu siarkowego połączonego z ciałami mineralnemi (A) = 0·532%, na dobę 5·852 gr. a połączonego z ciałami aromatycznemi (B) = 0·022%, na dobę 0·242 gr.

$$\frac{A}{B} = \frac{0{\cdot}532}{0{\cdot}022}$$

8 marca (X dzień choroby).

Godzina	2r.,	6,	7,	8,	10,	12,
Ciepłota	40·8,	40·6,	40·8,	40·7,	40·5,	40·4,
Tętno		120,	120,	120,	128,	120,
Antipyryn					2gr.	2gr.

Godzina	1p.,	2,	3,	4,	5,	6,	7,	8,	9,	10,
Ciepłota	40·4,	38·6,	37,	36·7,	36·5,	36·4,	36·2,	36·3,	36·0,	36·8,
Tętno	112,	124,	104,	96,	80,	88,	80,	76,	76,	78,
Antipyryn	2gr.									

Ciężar ciała wynosił o 8 rano 55·5 klgr., o godz. 6 po poł. 54 (!) klgr.

W tym przypadku antipyryn oddał dobre usługi, gdyż już po użyciu 6grm. ciepłota opadła z 40·4°C. na 36·2°C., wśród obfitych potów, trwających 2—3 godzin, którym též można przypisać taki ubytek ciężaru ciała w jednym dniu z 55·5klgr. na 54klgr.

Stan chorego przed obniżeniem ciepłoty był niezmieniony; ból głowy utrzymywał się w jednakim stopniu. Język suchawy, obłożony; apetyt upośledzony; 4 wolne stolce; brak bolesności w okolicy kiszki ślepéj; wysypki nie ma. Po obniżeniu ciepłoty 6 gramami antipyrynu chory czuł się lepiéj, umysł był swobodniejszy, siły lepsze, ból głowy zmniejszył się.

Mocz w ilości 680 sz. cm., barwy winowo-żółtéj, oddziaływania kwaśnego, cięż. gat. 1·021, białka 0·008% (nader mała ilość), chlorki w ilości 0·52%, na dobę 3·53 (zmniejszonéj). Mocz z chlorkiem żelazowym barwi się czerwono.

Ilość mocznika % 2·336 gr. = 1·098 N%.
" " na dobę 15·88 gr. = 14·047 N na dobę.
Ilość azotu otrzymanego przez spalenie = 1·715%,
" " " " " = 18·865 na dobę.

Ilość kwasu siarkowego połączonego z ciałami mineralnemi (A) = 0·461%, na dobę 0·295 gr. a połączonego z ciałami aromatycznemi (B) = 0·041%, na dobę 0·295 gr.

$$\frac{A}{B} = \frac{0{\cdot}461}{0{\cdot}041}$$

9 marca (XI dzień choroby).

Godzina	1r.,	6,	7,	8,	9,	10,	11,	12,
Ciepłota	38·8,	39·0,	38·8,	38·6,	37·3,	37·6,	37·6,	37·7,
Tętno		80,	80,	100,	100,	100,	104,	92,
Antipyryn		2gr.,	2gr., (wymioty).					

Godzina	1p.,	2,	3,	4,	5,	6,	7,	8,
Ciepłota	37·7,	37·8,	38·0,	38·3,	38·2,	38·0,	38·0,	38·0,
Tętno	92,	88,	98,	100,	92,	92,	92,	100,

Ciężar ciała 53·5 klgr.

W tym dniu już 4 gramy antipyrynu wystarczyły, aby ciepłotę obniżyć do ciepłoty fizyjologicznéj; po 7miu godzinach wprawdzie znowu się podniosła, jednak tylko do wysokości nieprzekraczającéj 38·3°C.

Stan chorego jednaki, tylko stłumienie śledziony nieco większe; na skórze wystąpiła wyraźna wysypka durowa.

Mocz w ilości 830 sz. cm. na dobę, barwy nasyconowinowo-żółtéj, oddziaływa kwaśno, cięż. gat. 1·032, białka 0·008% (nader mała ilość), chlorki w ilości 0·20% na dobę 1·66 gr. (silnie zmniejszonéj).

Ilość mocznika % 2·983 gr., a na dobę 24·754 gr.

Ilość kwasu siarkowego połączonego z ciałami mineralnemi (A) = 0·23%, na dobę 1·909 gr. a połączonego z ciałami aromatycznemi (B) 0·108% na dobę 0·897 gr.

$$\frac{A}{B} = \frac{0{\cdot}23}{0{\cdot}108}$$

W tym dniu w celu przekonania się, czy též sól kuchenna przejdzie do moczu, a zmniejszenie się chlorków czy przypadkowo nie zawisło od niedoboru soli kuchennéj, podano choremu 1·5 grm. chlorku sodu; ilość jednak chlorku sodu w moczu po wewnętrznem tegoż użyciu pozostała taką samą, tj. 0·20%.

10 marca (XII dzień choroby).

Godzina	1r.,	6,	7,	8,	9,	10,	12,	
Ciepłota	38·4,	39·2,	38·6,	38·3,	37·2,	37·5,	37·4,	
Tętno			108,	108,	100,	100,	112,	
Antipyryn			2gr.	2gr.				
Godzina	1p.,	2,	3,	4,	5,	6,	7,	8,
Ciepłota	37·3,	37·7,	38·2,	37·8,	37·4,	37·6,	37·7,	37·4,
Tętno	108,	108,	100,	84,	112,	100,	100,	100,
Antipyryn			2gr.					

Ciężar ciała wynosił 52·8 klgr.

Chory przytomniejszy; ból głowy mniéj dokuczliwy; na skórze wysypka durowa obfitsza; śledziona się powiększyła; kaszel mierny; jeden stolec wolny.

Mocz w ilości 360 sz. cm. barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddziaływa kwaśno, ciężar gat. 1·027, białka 0·009% (w nader małéj ilości), chlorki tak przed użyciem jakotéż po użyciu 2 grm. soli kuchennéj 0·10%, na dobę 0·36 (w ilości zatém silnie zmniejszonéj).

Ilość mocznika % 3·25 gr. = N1·527 gr. %.

„ „ na dobę 11·699 gr. = N5·498 gr. na dobę.

Ilość azotu otrzymanego przez spalenie = 2·031%.

„ „ „ „ „ = 7·312 gr. na dobę.

11 marca (XIII dzień choroby).

Godzina	5r.,	6,	7,	8,	9,	10,	11,	12,	
Ciepłota	38·7,	38·6,	38·8,	38·7,	37·8,	37·6,	37·5,	37·7,	
Tętno	88,	100,	108,	92,	88,	88,	96,	88,	
Antipyryn			2gr.	2gr.					
Godzina	1p.,	2,	3,	4,	5,	6,	7,	8,	9,
Ciepłota	37·7,	37·6,	38·2,	38·2,	38·2,	38·4,	38·5,	38·6,	38·5,
Tętno	82,	120,	120,	100,	92,	92,	100,	100,	104,

Ciężar ciała o g. 10 rano wynosił 53·5 klgr., o godz. 7 wieczór 53 klgr.

Wysypka wyraźniejsza i obfitsza, zresztą stan mało co lepszy. Stolca nie było.

Mocz w ilości 1,100 sz. cm. barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddziaływa kwaśno, ciężar gat. 1·021, białka 0·009% (nader mała ilość), chlorki, mimo użycia 4 grm. chlorku sodu, bardzo silnie zmniejszone prawie = 0.

Ilość mocznika % 2·095 grm., na dobę 23·038 grm.

12 marca (XIV dzień choroby).

Godzina	2r.,	6,	7,	8,	9,	10,	11,	12,
Ciepłota	38·5,	38·8,	39·2,	39·0,	37·8,	37·3,	37·5,	37·8,
Tętno		112,	108,	108,	100,	100,	100,	92,
Antipyryn			2gr.	2gr.	2gr.			
Godzina	1p.,	2,	3,	4,	5,	6,	7,	8,
Ciepłota	37·8,	37·9,	38·4,	37·8,	37·3,	37·2,	37·1,	36·9,
Tętno	100,	100,	120,	116,	108,	100,	96,	92.

Ciężar ciała 53·2 klgr.

Wysypka nieco przybladła; kaszel spory; zresztą stan niezmieniony. Stolca nie było.

Mocz w ilości 1,000 sz. cm., barwy nasycono winowo-żółtéj, oddziaływa kwaśno, ciężar gat. 1·018, białka 0·006% (ślad wybitny), chlorki w ilości 0·20%, na dobę 2·0 gr. (silnie zmniejszonéj).

Ilość mocznika % 1·901 gr., na dobę 19·004 gr.

13 marca (XV dzień choroby).

Ciepłota w tym dniu dosięgała najwyżéj 38·5°C., po podaniu antipyrynu wracała napowrót do stanu prawidłowego. Tętno utrzymywało się między 80—100 uderzeń na minutę.

Ciężar ciała wynosił 53 klgr.

Ból głowy ustępuje; apetyt się poprawia; siły lepsze. Brak stolca.

Mocz w ilości 1,400 sz. cm., barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddziaływania kwaśnego, ciężar gatunkowy 1·013, białka 0·004% (ślad zaledwie spostrzegalny), chlorki w ilotci 0·25% na dobę 3·5 gr. (dość silnie zmniejszonéj).

Ilość mocznika % 2·173 gr. na dobę 30·56 gr.

14 marca (XVI dzień choroby).

Ciepłota tylko raz o godzinie 1 po południu dosięgła 38·4°C., zresztą utrzymywała się w stanie prawidłowym. Stan ogólny polepsza się. Stolca nie było.

Mocz w ilości 800 sz. cm. barwy winowo żółtéj, oddziaływa kwaśno, ciężar gatunkowy 1·014, białka 0·005% (ślad zaledwie spostrzegalny), chlorki w ilości 0·22% na dobę 1·76 gr. (dość silnie zmniejszonéj).

Ilość mocznika % 2·069 gr. na dobę 16·547 gr.

15 marca (XVII dzień choroby).

Ciepłota prawidłowa, ciężar ciała 52 klgr. Siły nieco lepsze, bólu głowy nie ma. Stolca nie było.

Mocz w ilości 2,150 sz. cm. barwy winowo-żółtéj, białka ślad zaledwie spostrzegalny, chlorki w ilości 0·30% na dobę 6·45 gr. (dość silnie zmniejszonéj) mimo użycia 4 gr. soli kuchennéj.

Ilość mocznika % 1·976 gr. na dobę 42·467 gr.

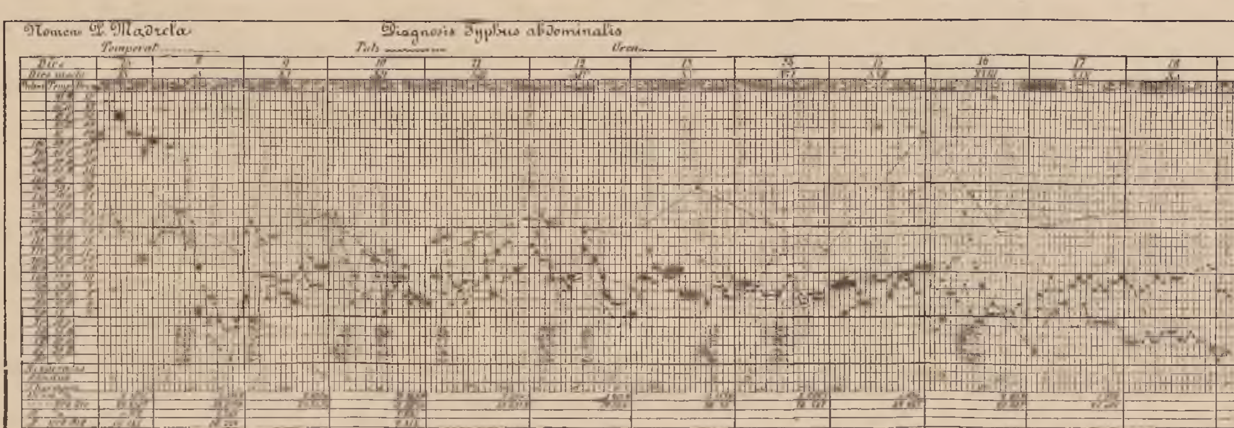
(W tym dniu chory wypił więcéj wody, jak zwykle, a to z powodu znacznego pragnienia w skutek użycia 4 gr. chlorku sodu w dawkach po 2 gr. w dwóch godzinach).

16 marca (XVIII dzień choroby).

Ciepłota wzniosła się do 39·2%, po podaniu 6 gr. antipyrynu spadła do 37°. Ciężar ciała 52·7 klgr. Stan chorego ciągle się polepsza. Stolca nie było.

Mocz w ilości 1,000 sz. cm. barwy winowo-żółtéj, oddziaływa kwaśno, ciężar gat. 1·016, białka ślad zaledwie spostrzegalny, chlorki w ilości zmniejszonéj.

Ilość mocznika % 2·063 gr., na dobę 20·627 gr.



21 marca (XIX dzień choroby).

Ciepłota prawidłowa, tętno pełne, spokojne. Sił ciągle choremu przybywa, ciężar ciała 53 klgr. Apetyt wrócił, chory domaga się jedzenia. Miał jeden stolec twardy.

Mocz w ilości 1,300 sz. cm. barwy winowo-żółtéj, oddziaływa kwaśno, ciężar gat. 1·021, białka ślad zaledwie spostrzegalny, chlorki w ilości zwykłéj (!)

Ilość mocznika % 1·959 gr. na dobę 25·465 gr.

Z tym dniem zaprzestano dalszych doświadczeń, gdyż chory zaczął przyjmować większą ilość pokarmów i napojów. Rekonwalescencyja nie długo trwała, gdyż niespełna w dwa tygodnie chory opuścił szpital.

III. Przypadek. *Pleuropneumonia dextra intercurrente pericarditide sicca et lymphangoitide extremit. infer. sin. post trauma.* Firek, 38 lat mający, rolnik, zgłosił się do szpitala 11 listopada 1884, podając, iż przed dwoma dniami dostał napadu dreszczów z następową gorączką, utratą apetytu i ogólném osłabieniem. 12 listopada znaleziono stan chorego następujący: Indywiduum dobrze zbudowane i odżywione, o skórze brudnoziemistéj. Klatka piersiowa rozedmowo wypuklona, poruszalność obu połów jednaka. Dolne granice płuc obniżone. Z tyłu po prawéj u samego dołu na trzy palce przytłumienie odgłosu wypukowego, zresztą odgłos wypukowy jawny. W miejscu przytłumienia szmery oddechowe osłabione, a powyżéj tego miejsca oddech zaostrzony, z nielicznemi gwizdami i furczeniami przy wydechu. Plwociny skąpe, lepkie. Język obłożony, apetyt upośledzony, w tym dniu było pięć stolców wolnych, stłumienie śledziony poczyna się od 9go żebra i sięga do łuku żebrowego, brzeg jéj macalny, niebolesny. Ciepłota ranna 40·0, tętno 108, ciepłota wieczorna 40·2, tętno 112. W moczu białka 0·008% (nader mała ilość), chlorki w ilości zaledwie prawidłowéj. Dyjeta przez cały czas obserwacyi była: na śniadanie, obiad i wieczerzę zupa, obok tego na obiad potrawka i jedna bułka dziennie. Jako napój służyło mu: 500 sz. cm. kwasku *(Acid. phosph.* 5:500) i do 1,000 sz. cm. wody studziennéj.

13 listopada (IV dzień choroby).

Godzina	8r.,	2p.,	4,	6,	8,
Ciepłota	39·9,	40·1,	39·6,	40·5,	40·7,
Tętno	96,	110,			102,

Rano wystąpiło silne kłócie po prawej stronie w pasze i z tyłu. Badanie wykazuje: z tyłu po prawéj od grzebienia łopatki do jéj dolnego kąta stłumienie, niżéj aż do samego dołu przytłumienie odgłosu wypukowego. W miejscu stłumienia przebija z głębi wdech i wydech oskrzelowy, przy kaszlu drobne rzężenia, niżéj szmery oddechowe osłabione. Plwociny skąpe rdzawe. *Herpes* na wardze i skrzydle nosowém prawém. Stolców siedm z boleściami.

Mocz w ilości 2,050 sz. cm. na dobę, zmącony od moczanów, barwy wysyconéj winowo-żółtéj, oddziaływa kwaśno, ciężar gat. 1·020, białka 0·09% (mała ilość), chlorki w ilości zmniejszonéj.

Ilość mocznika % 1·965 gr. = 0·926N%, na dobę 40·277 gr. = 19·065N na dobę.

Ilość azotu otrzymanego przez spalenie = 1·102%,

" " " " " " = 22·577 gr. na dobę.

14 listopada (V dzień choroby).

Godzina	8r.,	2p.,	4,	6,	8,	10,
Ciepłota	39·5,	40·6,	38·8,	38·4,	38·6,	38·1,
Tętno	102,	96,			102,	
Antipyryn		2gr.	2gr.	2gr.	2gr.	

Ciepłota zatém opadała po antipyrynie zwolna nie schodząc niżéj 38°, obniżeniu towarzyszyły poty. Stłumienie posunęło się ku górze o 2 palce. Na całéj rozległości łopatki oddech oskrzelowy. Plwociny skąpe, rdzawe. Chory miał dwa stolce. Po wyżyciu 8 grm. antipyrynu wymiotował.

Mocz w ilości 470 sz. cm. barwy winowo-żółtéj, oddział. kwaśn., ciąż. gat. 1·016, białka 0·09% (mała ilość), chlorki w ilości dość silnie zmniejszonéj.

Ilość mocznika % 2·007 gr., na dobę 9·433 gr.

15 listopada (VI dzień choroby).

Godzina	3r.,	6,	8,	10,	12,	2p.,	4,	6,	8,	10,
Ciepłota	37·4,	37·5,	38·1,	37·4,	37·4,	37·4,	36·5,	37·5,	37·4,	37·5,
Tętno			96,			86,				
Antipyryn			2gr.	2gr.	2gr.					

Chory osłabiony, skóra lekkim potem okryta. Stłumienie posunęło się ku przodowi i zajmuje całą pachę aż do linii sutkowéj. Tamże wdech i wydech oskrzelowy, a w tylnéj dolnéj części liczne, drobne rzężenia. Kaszel nieznaczny, plwociny szafranowe lepkie.

Mocz w ilości 430 sz. cm. barwy winowo-żółtéj, oddział. kwaś., ciężar gat. 1·021, białka 0·06% (mała ilość), chlorki w ilości silnie zmniejszonéj.

Ilość mocznika % 1·658 gr., na dobę 7·129 gr.

16 listopada (VII dzień choroby).

Godzina	1r.,	4,	6,	8,	10,	12,	2p.,	4,	6,	8,	10,
Ciepłota	37·4,	36·7,	37·0,	37·5,	37·3,	37·6,	38·1,	37·7,	37·7,	37·6,	37·5
Antipyryn							2gr.				

Stan ogólny lepszy, naciek jednak posunął się nieco ku górze. Stolec jeden wolny.

Mocz w ilości 1,020 sz. cm., barwy nasycono winowo-żółtéj, oddział. kwaś., ciężar gat. 1·018, białka 0·08% (mała ilość), chlorki w ilości silnie zmniejszonéj.

Ilość mocznika % 1·64 gr., = 0·79 N%, na dobę 16·73 gr. = 7·959 N na dobę.

Ilość azotu otrzymanego przez spalenie = 1·809%,

" " " " " " = 12·046 gr. na dobę.

17 listopada (VIII dzień choroby).

Godzina	2r.,	4,	6,	8,	10,	12,	2p.,	4,	6,	8,	10,
Ciepłota	37·6,	37·3,	37·7,	37·6,	37·9,	37·5,	37·9,	37·6,	39,	38·6,	38,
Antipyryn					2gr.		2gr.	1gr.	1gr.		

W tym dniu wystąpiło nadto jeszcze stłumienie w dolnéj części z przodu z szmerem oddechowym tamże oskrzelowym, zresztą stan przedmiotowy jednaki. Podmiotowo chory czuje się lepiéj.

Mocz w ilości 930 sz. cm., barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddział. kwaś., ciężar gat. 1·018, białka 0·009% (nader mała ilość), chlorki w ilości dość silnie zmniejszonéj.

Ilość mocznika % 1·93 gr., na dobę 17·95 gr.

18 listopada (IX dzień choroby).

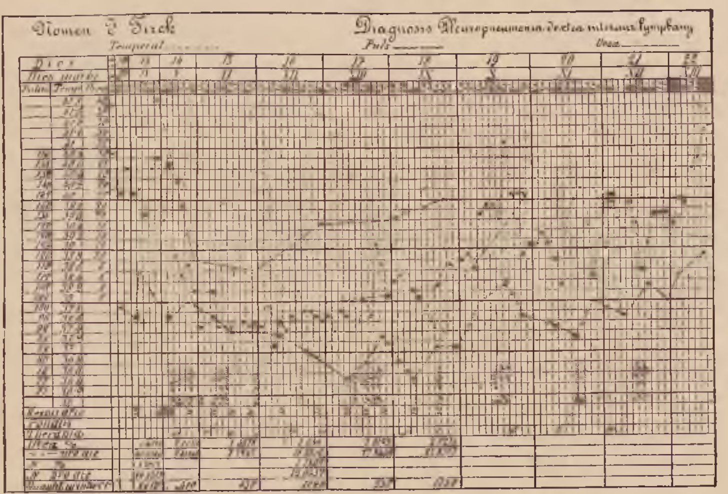
Godzina	2r.,	4,	6,	8,	9,	10,	12,	2p.,	4,	6,	8,
Ciepłota	38·3,	38·4,	38·5,	38·1,	38·0,	37·7,	37·5,	38·2,	38·5,	38·6,	38·5
Antipyryn				2gr.				2gr.		1gr.	

Z przodu klatki piersiowéj po prawéj stronie odgłos wypukowy wyjawniał, szmer oddechowy oskrzelowy ustąpił; z tyłu również odgłos wypukowy mniéj stłumiony, tu są słyszalne liczne drobne rzężenia. Nadto przy podstawie serca szmer trący osierdziowy.—Stan przedmiotowy w płucach lepszy, chory jednak znacznie osłabiony, niespokojny, robi wrażenie ciężko chorego. Przy bliższém badaniu okazało się, że przyczyną tego stanu było zapalenie naczyń limfatycznych w okolicy kolana lewego, gdzie chory przed dwoma dniami uderzył się i zranił.

Mocz w ilości 1,050 sz. cm. barwy winowo-żółtéj oddział. kwaś., ciężar gat. 1·014, białka 0·009 (nader mała ilość), chlorki w ilości dość silnie zmniejszonéj.

Ilość mocznika % 2·07 gr., na dobę 21·74 gr.

Odtąd wprawdzie objawy rozejścia się nacieku są wybitne, stan jednak chorego znacznie się pogarszał; chory często nieprzytomny majaczy, mocz i kał pod siebie oddaje, czynność serca słabnie, bo sprawa nad kolanem posuwa się dalej. Nad rzepką lewą obrzęk ciastowaty wzrasta, a ztąd pręgi czerwone posuwają się ku górze. Ciepłota w tym czasie dochodzi do wysokości 41° Chory 24 listopada zakończył życie.



(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

XVIII.
Wątpliwe dzieciobójstwo.
Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

W bagnistym rowie ogrodowym znaleziono 14 czerwca dziecko płci żeńskiéj z odgryzioną odnogą dolną lewą, a podejrzenie zwróciło się przeciw France N., kobiecie zamężnéj ale od roku z mężem nieżyjącéj, jako przed 14tu dniami porodziła. Przesłuchana d. 16 i 17 czerwca Franka N. zaprzeczała w ogóle, jakoby w ciągu ostatniego roku była brzemienną, a dopiero d. 23 czerwca przyznała dobrowolnie, że w nocy z 10 na 11 maja rodziła, dodając szczegółowo, że dziecko, jak tylko wyszło z części rodnych, oburącz chwyciła za szyję i udusiła, poczém przerwała pępowinę i dziecko zaniosła do potoku. D. 5 lipca jednak zmieniła zeznanie o tyle, że rodziła w stodole, dziecko urodzone pozostawiła przeszło 3 godziny bez pomocy na miejscu, poczém żyjące jeszcze wrzuciła do rzeki; nie przypomina sobie, czy dziecko krzyczało, ale przyznaje, że oddychało jeszcze, gdy je utopiła. Lekarze sądowi Dr. A. i chirurg B. zbadawszy Frankę d. 10 czerwca orzekli, że ona nie dawno rodziła, poczém tegoż dnia wykonali sekcyję sądową, któréj wynik był następujący:

O g l ę d z i n y z e w n ę t r z n e: 1) Zwłoki płci żeńskiéj bez okrycia, odnogi dolnéj lewéj zupełny brak od stawu biodrowego, w któremto miejscu widoczna jest rana o brzegach nierównych, poszarpanych, jak gdyby noga w tém miejscu gwałtownie oderwaną lub odgryzioną została. — 2) Skóra ciała całego przedstawia obraz wysokiego stopnia zgnilizny, barwy żółto-fijoletowéj, wymoczona. Brak zupełny przyskórka na całéj szyi i górnéj części klatki piersiowéj, tak samo pod obydwiema pachami, na wewnętrznych stronach odnóg górnych aż do stawu łokciowego. Brzuch wzdęty, pokryty plamami fijoletowemi, jednostajnie rozciągającemi się na grzbiet, piersi i pozostałą dolną odnogę.—3) Czaszka zniekształcona w skutek rozejścia się kości, miękka, robi wrażenie pęcherza miernie wodą napełnionego, oczy zupełnie zgniłe, twarz wymoczona, pokryta błotem i piaskiem, z ust i nosa wypływa ciecz brunatna pomięszana z mułem. — 4) Długość ciała 55 cm., obwód głowy o ile to dla miękkości i zdeformowania głowy ocenić można 34 cm. — 5) Na skórze czołowéj plama wielkości 4 cm., dość odgraniczona, bronzowo-zielona, po staranném obmyciu nieusuwalna, skóra w tém miejscu przecięta łupkowo-szarawa, wybitnie odróżniająca się od bladéj barwy na każdém przecięciu w innych miejscach. — 6) Pępowina 5 cm. długa, brak istoty galaretowatéj, cienka, wymoknięta, koniec wolny strzępiasty, podwiązania śladu nie ma.— 7) W nasadach kości udowych w y b i t n e j ą d r o k o s t n e.

O g l ę d z i n y w e w n ę t r z n e: 8) Po nacięciu skóry wypływa ciecz gęstawa, cuchnąca, mleczno-żółta, pochodząca od zupełnego rozpłynięcia się gnilnego istoty mózgowéj, kości czaszkowe całkiem luźne, pojedyńczo wyjmować się dają. 9) Na kościach czaszkowych żadnych śladów wybroczyn krwistych. -- 10) Płuca małe, w zupełności niepowietrzne, tylko pod opłucną tu i owdzie widać drobne przestwory gazami wypełnione, pochodzące z gnicia, płuca obydwa w dotyku dają uczucie mięsa, na przecięciu przy ugnieceniu wypływa ciecz brudna. —11) Próba płucna hydrostatyczna wykazuje, że płuca nie toną, utrzymują się jednakowoż nie na powierzchni wody, ale w jéj warstwie górnéj, utrzymywanie się ich pochodzi z gazów gnilnych, pod powierzchnią płuc się znajdujących.—12) Miąższ serca dosyć twardy i blady.— 13) Wątroby i śledziony miąższ na przecięciu rozpływający się. — 14) Żołądek bardzo nieznacznie wydęty, nieco treści zawierający, ciemno-żółtawego koloru, błona śluzowa rozpulchniona tak, że tylcem noża łatwo w postaci brudnéj mazi zeskrobać się daje, kiszki cienkie próżne nieco tylko masy ciemno-żółtawéj zawierające, kiszki zaś grube gazem miernie wydęte mieszczą w sobie znaczniejszą ilość treści; treść ta brudno-żółta, mazista, okazuje w bardzo wielu miejscach grudki białe, wybitnie się oddzielające, k t ó r e r o b i ą w r a ż e n i e ś c i ę t é j i s t o t y z m l e k a s p o ż y t e g o.

Orzeczenie opiewało:

I. Z powyższego wywodu wynika, że dziecię było donoszone, zupełnie prawidłowo rozwinięte (4, 7).

II. Dziecię żyło po porodzie, czego świadectwem są znalezione grudki sera w kiszkach grubych (14).

III. Jakkolwiek próba płucna (11) i badanie płuc na stole sekcyjnym (10), dały rezultaty ujemne co do powietrzności płuc, jednakowoż ze względu, że w trakcie pokarmowym znaleziono cząstki sera i większą ilość treści kiszkowéj, która ilości prawidłowéj smółki płodowéj, ani co do wyglądu, zbitości, ani co do barwy nie odpowiada, przeto twierdzimy, że dziecię oddechać musiało, skoro pokarmy przyjmować mogło.

IV. Zachowanie się pępowiny (6), która zwyczajnie w dniu 5tym zupełnie usycha i odpada, przemawia, że dziecię najmniéj kilka godzin po porodzie żyło, że zaś na pępowinie brak istoty galaretowatéj, tłumaczy się to okolicznością, że istota ta przez dłuższe leżenie we wodzie uległa rozpuszczeniu.

V. Czy dziecię zginęło w skutek utraty krwi dla niepodwiązania pępowiny, czy w skutek uderzenia przedmiotem tępym twardym w lewą stronę czoła, czego dowodem jest

siniec opisany (5), pomimo że kość w tém miejscu była nienaruszona, a z istoty mózgowéj nic wnosić nie można było, bo była zupełnie rozpłynioną, — czy w skutek utonięcia, na co obok znacznéj ilości płynu z ziemią pomięszanego w jamie ustnéj, nosowéj, w oczodołach widzianego innego dowodu nie mamy, bo płuca jako zgniłe i miękkie, niepowietrzne, nie mogły nam dać przekonania o zalaniu płuc wodą, a wszelkie wybroczynki krwi powierzchowne tak na skórze jak na błonach mózgowych, jakoteż organach wewnętrznych uległy zmianie w skutek dłuższego działania wody, stanowczo rozstrzygnąć nie jesteśmy w stanie, dla braku dowodów stanowczych za jednym z tych rodzajów śmierci przemawiających, z których każdy z osobna śmierć mógł wywołać.

VI. Dodatkowo wyrażamy nasze przekonanie, że dziecię znajdowało się we wodzie najmniéj 14 dni, czego świadectwem jest rozwodnienie mózgu zupełne i zgnilizna tak wysoka skóry i organów wewnętrznych w obec wiadomego faktu, że zwłoki we wodzie płynącéj zanurzone bardzo powoli się rozkładają.

Na podstawie tego orzeczenia oskarżoną została Franka N. o dzieciobójstwo i zarządzono rozprawę przed trybunałem przysięgłych, do któréj jako znawców wezwano dwóch innych lekarzy sądowych. Dr. X. na podstawie ujemnego wyniku próby płucnéj orzekł stanowczo, że dziecię Franki N. przyszło na świat nieżywe; ze względu zaś, że kiszki cienkie znaleziono zupełnie próżne, przypuszcza, że grudki wspomniane nie pochodzą z przyjętego pokarmu, lecz raczéj sąto zbite cząstki prawidłowéj smołki płodowéj, albowiem pokarm przez niemowlę przyjmowany nasamprzód przechodzić musi przez kiszki cienkie, nim się do grubych dostanie, zresztą ilość przyjętego przez niemowlę pokarmu w pierwszych momentach życia jest tak szczupłą, że prawie nie podobna przypuścić, ażeby pokarm ten zatrzymał się w kiszkach w kształcie licznych grudek, zwłaszcza, że i lekarze pierwsi nie twierdzą stanowczo, jakoby owe grudki pochodziły ze spożytego mleka, które ścięło się w ser, tylko że takowe czynią wrażenie takie. Wobec tego więc twierdzić należy, że dziecię żadnego pokarmu nie przyjmowało, że wcale nie oddechało, a tém samém żadnych oznak życia nie dawało. Wprawdzie możliwém jest, że dziecię to opuściwszy łono matki ruszało się i drgało, jak to podsądna podaje i na podstawie tych objawów utrzymuje, że dziecię powiła żywe i że takowe wśród owych objawów życia udusiła, mimo to przypuścić należy, że dziecię to nie żyło życiem samoistném, gdyż owe chwile drgania uważać trzeba jako dalszy ciąg życia łonowego, témbardziéj, że podsądna podała, iż dziecię najpierw udusiła, a dopiero potém pępowinę oderwała, czego najlepszym dowodem jest ta okoliczność, że dziecię, jak twierdzi podsądna, przy owych drganiach i poruszeniach żadnego głosu z siebie nie wydało. Na szczegółowe pytanie przewodniczącego, w jaki sposób można pogodzić zachodzącą sprzeczność z zeznaniami podsądnéj, która utrzymuje, że dziecię żywe udusiła, podaje, że podsądna albo posługuje się kłamstwem, aby tém łatwiéj znaleźć utrzymanie w więzieniu, albo że będąc rozdrażnioną nie była w stanie ocenić, czy wydała płód żywy lub martwy. Drugi znawca Dr. Y dodaje, że na podstawie protokółu sekcyi zwłok noworodka nietylko utrzymywać musi, iż noworodek ów nie oddechał, a tém samém nieżywy na świat przyszedł, ale nawet nie ma pewności czy tenże był donoszonym, gdyż za tém przemawia tylko jedyna okoliczność, tj. podana długość ciała wynosząca 55cm., czaszka zaś zniekształcona w skutek rozejścia się kości czaszkowych przedstawiająca się jako pęcherz miernie wodą napełniony, nie może służyć do ocenienia, czy i o ile dziecko było rozwinięte.

Z powodu sprzeczności pomiędzy orzeczeniem pierwszych a drugich znawców Sąd uchwalił odroczyć rozprawę i przesłać akta Wydziałowi lekarskiemu.

Zdanie Wydziału opiewało jak następuje:

1. Dziecko Franki N. było zupełnie donoszone.

2. Próba płucna nie dostarczyła dowodu, jako dziecko to urodziło się żywém, a na znalezionéj w jelicie grubém treści podejrzanéj, ale bliżéj niezbadanéj, z przyczyn przez drugich znawców wymienionych tak ważnego dowodu oprzeć nie można.

3. Z drugiéj strony atoli nie można stanowczo twierdzić, że dziecko urodziło się nieżywém, a w szczególności nic nie można zarzucić wiarogodności zeznania obwinionéj, że dziecko przyszło na świat żywe, że drgało i ruszało się, jakkolwiek nie wydało żadnego głosu, i że wśród tych warunków z łatwością je udusiła; albowiem jeżeli rzecz tak się miała, brak powietrza w płucach z łatwością tłumaczyć się daje.

4. Z powodu znacznéj zgnilizny atoli o przyczynie śmierci dziecka nic stanowczego powiedzieć, a w szczególności śmierci z uduszenia ani przypuścić ani wykluczyć nie można.

Jakkolwiek pp. obducenci nie podali stanowczo przyczyny śmierci noworodka, oświadczając się tylko za możnością śmierci z utraty krwi lub z utonięcia, to Prokuratoryja była w prawie oskarżenia obwinionéj o dzieciobójstwo, skoro zdaniem znawców, zgodném z przyznaniem obwinionéj, dziecko urodziło się żywém, i skoro lekarze nie zaprzeczyli przynajmniéj wiarogodności twierdzenia obwinionéj, jako dziecko swoje udusiła lub utopiła. Oskarżyciel publiczny mógł więc polegać nietylko na samooskarżeniu się obwinionéj, ale co ważniejsza i na orzeczeniu lekarskiém, w jednéj części stanowczo dodatniém, a w drugiéj przynajmniéj nieujemném. Jednak twierdzenie pp. obducentów, że dziecko urodziło się żywém, było za nadto śmiałém. Przedmiotowo rzecz biorąc należałoby raczéj, tak jak znawcy drudzy, oświadczyć się za tém, że dziecko urodziło się martwém, skoro pomimo znacznéj zgnilizny ciała, a nawet i płuc, ostatnie okazały się bezpowietrznemi; jednak i ci znawcy spuścili z uwagi, że jak dodatni wynik próby płucnéj przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności pozwala wnosić, że dziecko oddechało, a więc żyło, tak na odwrót ujemny wynik téj próby dowodzi tylko, że płuca były bezpowietrznemi w chwili badania ich, co nie wyklucza wcale możności, że dziecko żyło nie oddechając lub że nawet oddechało a powietrze późniéj uszło. Jeżeli więc pierwsi znawcy za daleko się posunęli, dowodząc życia dziecięcia na podstawie jakichś grudek, znalezionych w jelitach, których jednak bliżéj nie zbadali, a mimo to z nich wysnuwając wniosek tak doniosły, to i drudzy znawcy również poszli za daleko, zadając kłam zeznaniu obwinionéj i posądzając ją o chęć zamieszkania bezpłatnego w więzieniu, tylko na téj podstawie, że płuca podczas sekcyi tonęły. W orzeczeniu z kolei XI zastanawialiśmy się obszerniéj nad tą kwestyją i dowodziliśmy, na jakie przykrości naraża się znawca, pospiesznie orzekający na podstawie ujemnego wyniku próby płucnéj, a nieuwzględniający podania matki. Jeżeli w owym przypadku lekarze działali pospiesznie, to w niniejszym wprost nie

uwzględnili oświadczenia obwinionéj, jakkolwiek na własną szkodę uczynionego; takie przejście atoli do porządku nad zeznaniem obwinionéj ze strony znawcy wtedy tylko jest dozwolonêm, jeżeli przeciw niemu ważne przemawiają okoliczności, których w tym przypadku wcale nie było.

Gdyby Franka N. była twierdziła, że urodziła dziecko nieżywe, — wtedy żaden znawca na podstawie sekcyi nie mógłby twierdzić, że twierdzenie jéj nie zgadza się z prawdą; gdy na własną szkodę twierdziła przeciwnie, znawca na podstawie téj saméj sekcyi nie ma podstawy do dowodzenia życia jéj dziecka, a têm mniéj do stanowczego orzeczenia, że dziecko urodziło się martwém. Prawdą jest, iż możebny jest przypadek, że ktoś umyślnie lub przez głupotę sam się oskarża, nie będąc winnym, — ale do sprawdzenia téj okoliczności powołany jest obrońca lub przysięgli, lekarz zaś tylko o tyle, o ile do tego ma podstawę czysto lekarską. Przypadek niniejszy poucza więc, jak dalece jest błędném postępowanie znawcy, jeżeli wypowiada więcéj lub mniéj, aniżeli może, jeżeli przekracza zakres swój ściśle lekarski i zapuszcza się na pole domysłów na szkodę lub korzyść osoby obwinionéj; nie stanowi to wcale ujmy dla niego, jeżeli w danym przypadku oświadcza, że na podstawie dochodzenia lekarskiego poza pewną granicę posunąć się nie może, oddając zresztą los podsądnego w dobre ręce sędziów i obrońcy.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Kaltenbach: **Odporność dziedziczna.** (*Immunität im Lichte der Vererburg).*

Do zagadkowych zjawisk w patologii należy rozmaite oddziaływanie różnych osobników na pewne istoty zakaźne. U niektórych osób występuje to usposobienie jako zupełna odporność. W pewnych chorobach zakaźnych można jéj nabyć przez jedno- lub wielokrotne przebycie téj choroby, przy innych przez szczepienie ochronne pokrewnych lub jednorodnych jadów w stósownêm rozcieńczeniu lub osłabieniu. Wiadomo, że odporność w pierwszy lub drugi sposób nabyta wyczerpuje się po pewnym czasie, w innych chorobach zaś zdaje się być trwałą. Nie wiadomo jednak na jakich polega to sprawach we krwi lub tkankach. Na podstawie dwóch spostrzeżeń własnych, wspartych nielicznemi obcemi, przypuszcza autor, że istnieje także odporność dziedziczna. Wpływ dziedziczny może przejść tak z ojca jak i z matki lub z obojga razem. W pierwszym przypadku Kalten bacha odporność była odziedziczona po matce, w drugim po ojcu; w pierwszym w obec płonicy, w drugim ospy.

W pierwszym przypadku rodzina składała się w r. 1880 z dwóch sióstr bliźniaczek jedynastoletnich A i B, po nich szły dziewczęta 10, 9 i 4-letnia C, D, E; w końcu chłopiec jednoroczny F. W jesieni 1880 r. zachorowała E. na płonicę powikłaną z błonicą. Do chwili rozpoznania choroby przez lekarza w trzecim dniu, była A z chorą E w jak najbliższém zetknięciu, śpiąc z nią w jedném łóżku w nocy, opiekując się nią we dnie, a mimo to pozostała zdrową. W rok potém zapadła druga siostra bliźniacza B na płonicę, a tamta pomimo ustawicznego zetknięcia się z nią również pozostała zdrową, podczas gdy najmłodszy brat F. w tydzień późniéj zapadł na płonicę, zbliżywszy się raz tylko na krotko do choréj B. Przyczyną, dla któréj A w obu razach nie uległa zarażeniu, według przypuszczenia autora, była odporność dziedziczna, gdyż o nabytéj w tym przypadku mowy być nie mogło. Autor zadaje sobie pytanie, dla czego B. nie posiadała téj odporności, i tak na nie odpowiada: Ponieważ w czasie życia płodowego znajdowały się obie siostry w równych warunkach, trzeba się cofnąć do chwili zapłodnienia. Matka przebyła 14 lat przedtém ciężką płonicę i udzieliła, jak przypuszcza autor, odporności przeciw niéj obu jajkom. W jedném z nich wpływ nasienia zdołał znieść odporność odziedziczoną, w drugiém zaś nie. Ile autorowi wiadomo, ani ojciec ani jego rodzice nie przebyli płonicy, więc nie mogli téż być w obec niéj odpornemi. Dziwnym zbiegiem okoliczności A przedstawiała pod względem ciała i umysłu obraz matki, gdy B była znów podobną do ojca.

Drugi przypadek dotyczył od ojca odziedziczonéj odporności na ospę. Jeszcze przed 1860 r. widział autor w klinice Hebry trojaki, które się urodziły tego samego dnia z matki choréj na ospę, wszystkie żyły. Dwoje z nich miało na całém ciele osutkę ospową, trzecie było zupełnie zdrowe. I w tym przypadku znajdowały się w macicy wszystkie trzy płody w obec krążącego we krwi matki jadu w zupełnie równych warunkach. Wszystkie jaja z tego samego okresu miesiączkowania jednakowo zostały zapewne usposobione do przyjęcia jadu, wpływ jednak ojca uwidocznił się tylko przy jedném, udzieliwszy mu własnéj odporności.

Nie mogąc sobie inaczéj wytłumaczyć tych przypadków, jak tylko przez odporność dziedziczną, uważa się autor za uprawnionego do przyjęcia tego przypuszczenia i wzywa przedewszystkiém patologów i klinicystów do zebrania dowodów za lub przeciw temu przypuszczeniu. W końcu wspomina różne fakta niezaprzeczone, znane i dzisiaj powszechnie, które mu się stają jasnemi dopiero przez przyjęcie téj hipotezy. Tak np. łagodny lub poronny przebieg chorób zakaźnych lub nawet zupełną odporność spostrzeganą tak u pojedyńczych osób jak i całych ludów, nawet całych ras, tłumaczy nawiedzeniem przez zarazę starszego pokolenia. Jeśli tę odporność widzimy u całych ras, to przypuszcza, że odporność zupełna nastała z biegiem wieków po wielokrotném nawiedzeniu przez zarazę ludności wpływem dziedzicznym poprzednich epidemij coraz mniéj dla niéj usposobionéj. Brakiem zaś odporności tłumaczy okoliczność, że gdzie zaraza po raz pierwszy ludność pewną nawiedza, tam srogość jéj wysokiego dosięga stopnia, jak było np. z ospą pośród ludności murzyńskiéj w Afryce, jak z kiłą w Europie przed kilku wiekami. Dla tego też, zdaniem autora, wiele chorób w okolicach międzyzwrotnikowych bywa dla Europejczyków zabójczemi, dla krajowców zaś mniéj strasznemi. (*Virch. Arch.* T. 100, zeszyt 1). *S. Świérz.*

Unna (Hamburg): **O mydłach lekarskich.**

Ponieważ doświadczenia wykazały, że dotychczasowe mydła lekarskie mają nader różny skład, a więc działania ich nigdy obliczyć nie można, sporządził Unna przy pomocy chemika Douglasa mydła lekarskie, których skład i zastósowanie podaje. Mydła Unny składają się z leku dodanego i z mydła właściwego (*Grundseife*). Mydło to właściwe zawiera znaczniejszą niż zwykle ilość tłuszczu i autor zwie go „*überfettete Grundseife*“. Przyrządzano go z tłuszczu bydlęcego (59%), oliwy ($7\frac{1}{2}$%), ługu sodowego (22%), ługu potasowego (11%). Zaletą mydła tego jest, że nadwyżka tłuszczu przeszkadza padaniu się skóry i czyni skórę więcéj delikatną, sprężystą. Dotąd Unna robił doświadczenia z następującemi mydłami: 1) Mydło marmurowe, składające się z 1 części sproszkowanego marmuru na 4 cz. mydła, służy do oddalenia nadmiernie wytwarzającego się przyskórka. 2) Mydło ichtyo-

łowe, działa znakomicie we wszystkich postaciach *Roseola* z *Acne* lub bez niéj. Miejsca dotknięte zmywa się raz lub dwa razy dnia tém mydłem i wodą ciepłą. Aby działanie było silniejsze, można pianę zostawić, aby przyschła. 3) Mydła salicylowego używa Unna w chorobach grzybkowych skóry, w przewlekłym wyprysku, mocno świędzącym, w *acne*, aby przyspieszyć oddalenie zmienionéj warstwy rogowéj i aby skórze nadać naturalniejsze wejrzenie różowe. 4) Mydło zynkowo-salicylowe działać ma dobrze w wypryskach sączących. 5) Mydła tanninowego używa Unna w niektórych postaciach wyprysku i w bąblicy.

Prócz powyższych sporządził autor jeszcze inne mydła, jak naftolowe, siarczane, smołowe, jodopotasowe itp. doświadczenia jednak lecznicze, jakie z niemi dokonał, są bardzo nieliczne. Otrzymał także autor mydło sublimatowe, po którém sobie wiele obiecywał, mydło jednak to bardzo łatwo ulega rozkładowi. *(Volkmann's Samml. klin. Vortraege* Nr. 252).

Dr. Kopff.

Wiadomości pomniejsze.

Ω. **Enemy z fenolu w dysenteryi** poleca Szczegłów, używał on ich w dwunastu przypadkach ostréj dysenteryi i otrzymał świetne wyniki. Sześciu chorych opuściło szpital po 3 dniowéj kuracyi, trzech po 4, jeden po 6, jeden po 9, a jeden po 10 dniach. W 2 przypadkach użyto enem z fenolu, gdy już wszelkie inne dotąd używane środki zawiodły. Zazwyczaj w dniu przyjęcia podawano olej rącznikowy (24 grm.) i według zachowania się tętna i potrzeby wino i nalewkę z korzenia kozłkowego. Rano dnia następnego stósowano enemę z kwasu karbolowego (1 : 500 na 27°R). Zaraz po użyciu bóle w brzuchu zmniejszały się, również jak i parcie, a ciepłota spadała. Wypróżnienia traciły coraz bardziéj charakterystyczne wejrzenie, a zwykle już trzeci lub czwarty stolec był papkowaty, prawidłowo zabarwiony. S. nie zauważył nigdy objawów zatrucia. O wiele gorzéj działał fenol wewnętrznie podawany. Kampf, zachęcony pracą Szczegłowa, zastosował także enemy z fenolu w ośmiu przypadkach dysenteryi ostréj. Trzy przypadki w szpitalu leczone przebiegały bardzo ciężko. Leczenie rozpoczęto w 5, 6 i 12 dniu choroby. Enemy stosowano 2—3 razy na dzień, a równocześnie podawano wewnętrznie zawiesinę z oleju rącznikowego z rosorcynem. Wszyscy trzej pacyjenci opuścili szpital wyleczeni w ciągu 3 do 4 dni. W 5 przypadkach z praktyki prywatnéj wynik leczniczy był również świetny. Zwykle wystarczały do wyleczenia dwie lub trzy enemy. Na podstawie doświadczeń swoich i Szczegłowa Kampf uważa kwas karbolowy za lek swoisty w dysenteryi (*Med. chirurg. Rundschau* 1885. zeszyt 12).

Ω. **Nadniedokwas wodu (H_2O_2) przeciw dyfteryi.** Dr Vogelsang opisuje dwa przypadki ciężkiéj dyfteryi wyleczone nadniedokwasem wodu. Autor skłonnym jest do uważania tego nowego środka za lek swoisty w dyfteryi i zachęca kolegów do dalszych doświadczeń. Autor zapisuje: *Rp. Solut. hydrogenii hyperoxydati 2% 120·00, Glycerini 3·00 S.* Co ½ do 2 godz. łyżeczkę. (*Memorabilien* 1885, 3).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 29 maja 1885 r.

Obecni koledzy: Koszutski, Koehler, Zielewicz, Osowicki, Jerzykowski, Grodzki, Stan, Świderski, Kapuściński, Matecki i sekretarz.

Posiedzenie zagaja prezes Matecki wzywając obecnych do oddania przez powstanie czci niedawno zmarłemu członkowi Towarzystwa śp. Drowi Szenicowi, co się téż stało.

Protokół przeczytano i przyjęto bez uwag.

Dr. Wicherkiewicz wspomina o przypadku operowanym przez siebie sposobem na poprzedniém posiedzeniu opisanym przedstawiając dotyczący przypadek zaćmy warstwowéj u chłopca 8-letniego, u którego na obydwu oczach zrobił rozcięcie torebki, a w kilkanaście dni późniéj wypuścił istotę soczewkową i wypłukał swoim sposobem obie komórki. Wynik po 3ch tygodniach już jest zadawalający, gdyż źrenica w obu oczach w środku jest wolną i czarną, a tylko w obwodowych jéj częściach są nieznaczne resztki miękkiéj kory i torebki. Malec rozpoznaje bardzo dobrze palce w odległości 20 stóp.

Następnie miał odczyt kol. Świderski: „O chorobie św. Wita". (Odczyt ten ma być zamieszczonym w Przeglądzie Lek.).

Nad odczytem tym wywiązała się dłuższa rozprawa, w któréj kol. Matecki nadmienia, iż często widując przypadki choroby św. Wita, zawsze uważał chorobę tę za objawy nerwowe. Pod wpływem płynu Fowlera łatwo one ustępują, gdy idzie o osobniki młode. U starszych sprawa jest trudniejsza, a często choroba nie do wyleczenia. — Według kol. Osowickiego *chorea* jest tylko objawem chorobowym, który może mieć najrozmaitsze przyczyny; pomiędzy innemi np. cierpienia serca, każące w takim razie źle rokować, daléj rozliczne cierpienia mózgowe. W szpitalu dziecięcym kol. O. często spotyka się z tego rodzaju chorobą, lecz nigdy, mimo ścisłego badania, nie przekonał się, aby masturbacyja takową wywoływała. Zdarza się ona zresztą częściéj u dziewcząt aniżeli u chłopców. — Kol. Koszutski zwraca na to uwagę, że pląsawica jest dziedziczną, a czasem powstaje z przestrachu. — Kol. Jerzykowski obserwował przypadek, w którym u dziewczyny 20-kilkoletniéj od 5 lat choréj na porażenie pęcherza moczowego, pląsawica objawia się w górnéj części ciała. Po użyciu arszeniku z wyciągiem konwalijowym *(extractum convalariae majalis)* pląsawica ustała. W innym przypadku 28-letnia dziewica zupełnie zdrowa, dostała przed 3ma miesiącami drgawek w ręku, a w 3 tygodnie późniéj pewnego obłędu dzikiego, który skłonił do oddania choréj do szpitala w Owińsku. Przed dwoma tygodniami chora wróciła z zakładu jako uleczona, wydawała się spokojną lecz zdradzała zarazem głupotę; przed 5 dniami nastąpiła gorączka, wymioty, kurcze i śmierć, a za jedyną przyczynę całego szeregu objawów uważa kol. J. wrzód mózgu. — Kol. Koehler nadmienia, że Schröter zwrócił uwagę na pląsawicę krtani *(chorea laryngis)* objawiającą się kaszlem suchym, dolegliwym, nagle ustającym i powracającym. Widząc w takim przypadku drgawki nogi i ręki, przypuszczał Schröter zależność kaszlu i drgawek od téj saméj przyczyny.

W końcu przedkłada kol. Koszutski kapsułki aptekarza Fassera we Wiedniu, odznaczające się większą elastycznością i hygroskopijnością od podobnych kapsułek Limousina.

Sekretarz odczytuje list Dra Rogowicza, wzywający Towarzystwo Przyj. Nauk do wzięcia udziału w uroczystości jubileuszowéj prof. Tyrchowskiego ustępującego ze służby. Uchwalono wysłać w dniu uroczystości odpowiedni telegram.

Dr. B. Wicherkiewicz.

VI. Listy z „Kraju Zachodniego."

VI.

Od roku prawie oczekujemy cholery. Tymczasem pomimo tylu zachodów i przygotowań wystosowanych wprawdzie tylko na papierze dla odwrócenia od nas przybycia tego nieproszonego gościa, ani z wiosną, ani z nastaniem lata jakoś dotąd on się u nas nie ukazał, nie wiemy może w saméj rzeczy zląkł się on naszych gubernijalnych i powiatowych komisyj sanitarnych, które, o ile słyszeliśmy, wiele wszędzie debatowały ale nie przystąpiły do czynów, oprócz rozsyłania oficyjalnych cyrkularzy do miasteczek i gmin. W miejsce oczekiwanéj cholery, a jakby w zamianę od dawna wśród nas goszczącéj epidemii błonicy, pojawiła się u nas epidemija durzycy w początkach zimy roku zeszłego. Widoczna, że lekka bezśnieżna zima, a za nią wilgotna wiosna sprzyjały rozwojowi téj choroby nie tak może strasznéj dla swego biegu

i charakteru, lecz silnie niepokojącéj ludność i to po większéj części ubogą. Nawiedziła ona przeważnie wiele miast i miasteczek naszych zasiedlonych ludnością żydowską, oszczędzając wsie, a w bardziéj zaludnionéj stolicy Nadnieprzańskiéj przybrała szersze rozmiary rozwinąwszy się w niéj na dobre w miesiącu listopadzie i grudniu roku zeszłego, a w styczniu, lutym i marcu roku bieżącego dochodząc do swego kulminacyjnego punktu. W czasie najwyższego swego rozwoju specyjalnie urządzone oddziały dla chorych na durzycę przy szpitalach miejskich miewały od 250 do 350 łóżek, mając codziennie po kilkanaście przypadków śmierci. O ile ostatnia epidemija durzycy w Kijowie była rozwiniętą pod względem ilości chorych, o tyle znowu była słabą pod względem siły dając w ogóle dobrą przepowiednię i mały procent śmiertelności. Pojawiała się ona w trzech postaciach: plamistego i brzusznego tyfusu, jak również z połączenia tych dwóch form jednocześnie. W czasie ostatniéj epidemii stwierdzono przez lekarzy od dawna już zresztą zrobione spostrzeżenie, że ostatniemi czasy częstsze pojawianie się epidemij durzycy zmieniło o wiele obraz biegu saméj choroby, która coraz bardziéj różni się i odstępuje od opisanego początkowo swego pierwiastkowego prototypu, jak pod względem przebiegu, symptomatów oznaczających kryzys, znaczenia potów i t. d. Oprócz tego że najbardziéj podpadali durzycy w czasie ostatniéj epidemii ludzie narażeni na niewczas, zimno, i niewygody życia jak to zauważono na policyjnych stójkowych, z pośród których było wielu chorych i kilka przypadków śmierci z durzycy, tak téż znowu i samo zakażenie się nie mniejszą odgrywalo rolę jak to stwierdzono znaczną ilością chorych z pomiędzy Sióstr miłosierdzia i lekarzy, tych ostatnich bowiem chorowało 9, z których 2 zakończyło życie. W obecnym czasie chociaż epidemija durzycy w Kijowie znacznie osłabła wciąż jednak zabiera pewien procent ludności. Chorzy na durzycę są lokowani w osobnym szpitalu miejskim, zwanym Aleksandrowskim.

Nie wiem czy jest jakie miasto w Europie, któreby miało tak zły stan zdrowotny, pomimo tylu na pozór sprzyjających zdrowiu przyrodzonych warunków, co Kijów. Bo i cóż dziwnego, miasto położone w klimacie zdrowym może zanadto suchym tylko, na miejscowości suchéj i piaszczystéj, na wyniosłych górach przy naturalnych ściekach wody, nad wielką splawną rzeką odświeżającą powietrze, dającą świeżą i smaczną wodę do picia i do kąpieli, która stanowi zarazem jakby jedno wielkie zbiorowisko wody, które pochłania i prędko unosi wszelkie nieczystości niepozwalając im zalegać przez długi czas na miejscu. Wszystko to jednak w rzeczywistości okazuje się zwodniczém. W Kijowie spotykamy tymczasem znaczny procent chorych cierpiących na rozliczne katary żołądka i kiszek i na dysenteryję. Położenie górzyste ulic na wiosnę i w jesieni sprowadza mnóstwo przypadków kalectw, między któremi najpierwsze miejsce zajmują złamania nóg, rąk lub obojczyków. Wiatry wiosenne w lutym i marcu wywołują często reumatyzmy stawowe i mięśniowe, zapalenia pluc i opłucny. Gorące i suche lato wyrywa nie jeden przypadek nagłéj śmierci pod wpływem palących plomieni słońca a gorące suche wiatry letnie i pył nieznośny dostarczają znacznego kontyngensu chorób ocznych; co się tyczy chorób płucnych chronicznych, to te mają tu przebieg prędszy i więcéj ostry. Dodać musimy, że niskie okolice nadnieprzańskie używają złéj sławy pod względem rozwoju zimnic, które nie co do ilości, ale tylko co złośliwości ustępują kaukazkim.

Co się tyczy chorób nagminnych to te stale w Kijowie oddawna obrały sobie miejsce pobytu. Ani komisyje sanitarne przy ciągłych swych naradach wespół z municypalnością miasta, ani zaprowadzone od lat kilkunastu wodociągi, dające, nawiasem powiedziawszy, lichą wodę do picia i takąż samą w wielu studniach w częściach miasta bardziéj odległych od Dniepru, ani przepisy policyjno-lekarskie, ani wreszcie obfity personał lekarski, bo prawie ze 200 lekarzy złożony w mieście przemieszkujących, nie jest w stanie poprawić tego stanu rzeczy, zapewniając miastu lepsze stosunki higijeniczne i wybawiając go od stale gnieżdżących się w niém epidemij. Bo i cóż dziwnego, ostatnie lata tylko podniosły Kijów z lichéj mieściny do bardziéj handlowego i zamożniejszego miasta, w którém dotąd żyli ludzie patryarchalnie i cicho jak na wsi nie znając zdobyczy ostatniéj cywilizacyi zapewniających im zdrowie i dłuższe życie. Od niepamiętnych czasów aż po dzień dzisiejszy, może od wieków, po wielu domach kupy śmieci i wszelkich odpadków organicznych zalegają dziedzińce a główna, można powiedzieć, jedyna handlowa i ożywiona ulica Kijowa Kreszczatyk, położona w dolinie pomiędzy górami staje się w czasie deszczu, rzadko wprawdzie bywającego ale jeżeli spadnie to obfitego latem, zarówno w jesieni i na wiosnę w czasie topnienia śniegów i rozmarzania ziemi jednym wielkim rynsztokiem miejskim, do którego woda ma, spłukawszy inne ulice, ściek z całego miasta, wnosząc tu jako do największego zbiornika wszystkie nieczystości. Niekorzystny téż wpływ na zdrowie wywiera, a przeważnie na rozwój wszelkich epidemij w mieście grasujących, wiosna i po żniwach wczesna jesień kiedy to lud, rzuciwszy polne swe roboty, jak z południowych gubernij tak też i z dalekiego nie raz wschodu nadciąga na bohomolije do miejsc świętych Kijowa, a średnia liczba pątników według obliczeń w latach ostatnich przewyższała 100,000. Dla tegoto ze wszystkich części Kijowa, przedmieście Pieczersk, na którém leżą owe miejsca święte, do których zdążają tłumy pobożnych a tuż nie opodal forteca, a w niéj koszary i szpital wojskowy na 3 tysiące łóżek, od dawna używa złéj sławy pod względem zdrowotności i jest jakby pierwszém ogniskiem wszelkich chorób zakaźnych. Oddawna lekarze poruszali kwestyję wzbronienia pielgrzymek do ławry Kijowsko-pieczerskiéj, a to w celu zmniejszenia przez to chorób epidemicznych, lecz kwestyja ta drażliwa, nie wiem czy prędko doczeka się rozwiązania, a tymczasem tłumy pobożnych, lud po większéj części ubogi, ciemny i zabobony, tysiące wiorst wciąż zdąża tutaj corocznie pieszo, a wymęczony drogą i upałami, lichą strawą i ubóstwem przynosi z sobą i choroby. W ogóle przedmieścia i cyrkuły przyległe a zasiedlone uboższą ludnością jak Łybedź przedstawiają większy rozwój chorób epidemicznie panujących, które prawie corocznie w nich się gnieżdżą. Przejdzie jeszcze wiele czasu i dużo wody ubiegnie w Dnieprze, nim stan zdrowotny tego miasta pozyska jakie takie urządzenia sanitarne. *Jan Iłgowski.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w lipcu r. 1885.

Tylko jedna czerwonka z chorób nagminnych była w lipcu w kraju więcéj rozpowszechnioną, także i koklusz przybrał nieco większe rozmiary jak w czerwcu, w ogóle zaś bardzo mało był groźnym, wszystkie inne choroby epidemiczne w ciągu lipca zbliżały się ku wygaśnięciu.

I tak tyfus brzuszny stwierdzono w lipcu w 49 miejscowościach 21 powiatów a z 840 leczonych chorych wyzdrowiało 697 czyli 82%, umarło 20 czyli 2·4%, pozostało w lecze-

niu w 11 miejscowościach 123 chorych, i to przeważnie w powiecie żółkiewskim i jasielskim.

Jeszcze bardziéj wygasła epidemija tyfusu plamistego, gdyż z 199 leczonych w lipcu chorych, wyzdrowiało 177 czyli 88·9%, umarło 4 czyli 2%, pozostało zaś tylko 18 chorych w trzech miejscowościach.

Płonica panowała w lipcu w 17 miejscowościach 13 powiatów, z 301 leczonych chorych wyzdrowiało 237 czyli 78·7%, umarło 35 czyli 11·6%, pozostało z końcem miesiąca w leczeniu 29 osób w czterech gminach tyluż powiatów.

Dyfteryja występowała tylko sporadycznie w trzech miejscowościach.

Odra zbliża się do zupełnego wygaśnięcia, gdyż z końcem lipca pozostali chorzy tylko w pięciu miejscowościach pięciu różnych powiatów. W ciągu lipca stwierdzono odrę w 64 gminach 25 powiatów; z 2,788 leczonych chorych wyzdrowiało 2,527 czyli 90·6%, umarło 137 czyli 4·9%, pozostało w leczeniu 124 osób.

Krztusiec stwierdzono w lipcu w 51 miejscowościach 22 powiatów. Do 646 chorych pozostałych z końcem czerwca przybyło w ciągu lipca 1,534 chorych, a z ogólnéj liczby leczonych wyzdrowiało 1,289 czyli 59·1%, umarło 67 czyli 3·1%, pozostało w leczeni 824 osób w 28 miejscowościach przeważnie w powiecie łańcuckim, zbaraskim, rohatynskim i złoczowskim.

Czerwonka, którą w czerwcu tylko w pięciu gminach pięciu różnych powiatów stwierdzono, rozszerzyła się w lipcu tak, iż stwierdzono ją w tym miesiącu w 69 miejscowościach w 36 powiatach u 2,437 osób, z tych wyzdrowiało w ciągu lipca 937 czyli 38·6%, zmarło 268 czyli 11%, pozostało w leczeniu 1,221 osób przeważnie w zachodnich powiatach kraju, mianowicie w bialskim, brzeskim brzozowskim, jasielskim, myślenickim, nowotarskim, sandeckim i rzeszowskim.

Ospa panowała w lipcu w 42 miejscowościach, z końcem miesiąca pozostała tylko w 13 gminach. Z 494 chorych wyzdrowiało 206 szczep. (77·4%(i 123 nieszczep. (53·9%) a umarło 7 szczepionych (2·6%) i 69 nieszczepionych (3·03%). Pozostało w leczeniu 45 szczepionych i 44 nieszczepionych.

Lwów 19 sierpnia 1886 r. *Dr. Józef Merunowicz.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 26 lipca do 1 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 37,3. Z odry umarło 6 (12 z. t.); z płonicy 3 (2 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 5 przypadkach odry, 3 płonicy, 1 krztuśca. W tygodniu od 19 do 25 lipca umarło z ospy w Budapeszcie, Liwerpolu, Paryżu, Bonnie po 1 przypadku; w Bazylei 2; w Pradze i Petersburgu po 3: w Warszawie 4; w Londynie 6; w Wiedniu 12. Zapadło na ospę w Berlinie, Wrocławiu po 1; w Akwisgranie 3; w Hamburgu 6; w Królewcu 14; w Budapeszcie 17; w Londynie 72; w Wiedniu 55. Na dur brzuszny zapadło w Wiesbadenie 101. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 1. Z cholery umarło w Hiszpanii od 17—23 lipca 5.200, a zapadło na nią 12.333.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 19—25 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców; w Krakowie 48,3; w Warszawie 41,4; w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 24,9; w Budapeszcie 33,7; w Pradze 30,9; w Berlinie 27,9; we Wrocławiu 31,7; w Gdańsku 28,2; w Dreźnie 25,0; w Hamburgu 25,4; w Lipsku 23,1: w Mnichowie 32,9; w Amsterdamie 22,9; w Bazylei 24,9; w Brukseli 18,5; w Chrystyjanii 19,4; w Kopenhadze 18,0; w Londynie 20,9; w Odesie 51,4; w Paryżu 22,4; w Petersburgu 31,6; w Rzymie 22,1; w Stokholmie 25,9; w Zurychu 22,8. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków d. 20 sierpnia. Na posiedzeniu 26 kwietnia 1882 uchwaliło Tow. lek. krak. na wniosek prof. Korczyńskiego zająć się wykonaniem portretu śp. prof. Kozubowskiego i pomieszczeniem go w jednéj z sal wykładowych Uniwersytetu. Fundusz potrzebny miał być zebrany drogą składek byłych uczniów Czcigodnego Profesora. Zbieraniem składek zajęła się Administracyja naszego pisma a Komitet Tow. lek. poruczył w r. b. sprawę tę osobnéj komisyi złożonéj z koll. Grabowskiego, Jordana i Wiszniewskiego, ta zaś, ufając że fundusz potrzebny rychło się zbierze, powierzyła wykonanie portretu tutejszemu artyście malarzowi p. Zembaczyńskiemu, który wywiązał się z zadania w stosunkowo krótkim czasie bardzo zaszczytnie, gdyż gotowy już obecnie portret żywo przypomina rysy założonego Profesora i godnie świadczyć będzie o wdzięczności jego uczniów. Towarzystwo lek. na pierwszém swém powakacyjném posiedzeniu zadecyduje ostatecznie co do pomieszczenia tego portretu.

* W Stuttgardzie odbędzie się dnia 14 września r. b. Zjazd lekarski, na którym omówione będą następujące kwestyje: 1) Stosunek lekarzy do towarzystw wzajemnego zabezpieczania się na wypadek nieszczęścia i 2) Stosunek lekarzy do tak zwanych kas na wypadek choroby.

* Z powodu międzynarodowéj wystawy w Antwerpii odbędzie się tamże Zjazd psychijatrów, na którym rozbierane będą dwie kwestyje doniosłego znaczenia. Pierwszą z nich jest: wypracowanie zasad racyjonalnéj międzynarodowéj statystyki umysłowo chorych, drugą: roztrząśnienie stosunku pomiędzy przestępstwem a chorobami umysłowemi.

* Pewien inżynijer paryski podaje projekt, aby zamiast grzebać lub palić, powlekać zwłoki wszystkich zmarłych powłoką metalową w drodze galwanoplastycznéj. Grzebanie zwłok, mówi on, okazuje się niepraktyczne, palenie stoi w sprzeczności z naszemi uczuciami, pozbawia nadto sprawiedliwość możności dochodzeń w przypadkach sądowych, balsamowanie jest wreszcie za kosztowne. Powlekanie galwanoplastyczne może być stosunkowo tanie; zwłoki osób ubogich powlekanoby zynkiem, bogatszych miedzią, bardzo bogatych srebrem lub złotem. Autor tego pomysłu dokonał już jedynastu doświadczeń tego rodzaju na zwłokach ludzkich a 100 na zwłokach zwierząt i twierdzi na téj podstawie, że sposób ten przedstawia następujące korzyści: 1) Zwłoki osób drogich zostają zachowane na zawsze, tym sposobem pamięć o nich nie ginie, a łańcuch podań familijnych nie bywa przerwany; przytém zapobiega się w ten sposób zanieczyszczeniu gruntu i wody i wybuchowi zaraz. 2) Ciała bywają utrzymywane w stanie takim, że badania naukowe i sądowe można na nich przedsiębrać z korzyścią. Jeżeli zaś społeczeństwo poczuwa się do obowiązku uczczenia zmarłego pomnikiem, należy tylko zrobić powłokę metalową grubszą, pomnik jest gotów bez wielkich wydatków ze strony państwa lub gminy.

* Do dnia 14 b. m. było w Cieplicach czeskich 6.844 gości; w Giesshüblu 407; w Szczawnicy 2.672.

* **Berlin.** Dnia 3go bm. obchodzono uroczyście 75tą rocznicę założenia tutejszego Uniwersytetu.

* **Bruksella.** W czasie od 31 sierpnia do 6 września odbędzie się tu pod protektoratem Króla Leopolda międzynarodowy kongres farmaceutyczny.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt** Docent prywatny Dr. Wiktor Balces został zamianowany profesorem nadzwyczajnym histologii patologicznéj. — **Marburg.** Docent higijeny Rubener z Monachijum został zamianowany prof. nadzw. tegoż przedmiotu na tutejszym uniwersytecie.

* **Wiadomości osobowe.** Prymaryjusz zakładu podrzutków w Pradze prof. Dr. Epstein otrzymał od Akademii lekarskiéj paryskiéj medal srebrny za swoje: „studyja nad zakładami podrzutków“.

* **Nekrologija.** W Sobolówce na Podolu zmarł Dr. Jan Grodziński. Nieboszczyk ukończył Wydział lekarski w Kijowie w r. 1876, następnie odbył kampaniję w roku 1877 i 1878 jako lekarz wojskowy, poczém kształcił się w Paryżu pod kierunkiem prof. Gałęzowskiego. Po powrocie z zagranicy zajmował posadę w Obodówce, późniéj w Sobolówce poświęcając się przeważnie okulistyce. Już od kilku miesięcy zauważono u zmarłego początki choroby umysłowéj a wynikiem téjże był tragiczny wypadek, gdyż zmarły sam sobie życie odebrał wystrzałem z pistoletu. — W Paryżu zmarł dnia 29 z. m. sławny zoolog Milne-Edwards mając lat 86. — Dnia 6go bm. spadł wśród wycieczki w Alpach Dr. Emil Zsgismondy w przepaść i zakończył życie na miejscu. Zmarły liczący dopiero lat 24 był młodszym synem prymaryjusza Zsgismondego.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 33: Baranowskiego: O leczeniu ostrych gorączek; Leśnika: Znaczenie i rola przetworów żelaza w blednicy; Jakowskiego; Grzybki chorobotwórcze (dok.) — W *Medycynie* Nr. 33: Poznańskiego: Dławiec i błonica (c. d.).

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. K. Grabowski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod tymcz. zarządem Bol. Dembowskiego.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 . 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 29 sierpnia 1885. **№ 35.** Rok XXIV.

I. Z Dorpackiego Zakładu farmakologicznego.

Ilość i własności żelaza narządów w jednym przypadku cukromoczu (*Diabetes mellitus*).

Podał Dr. Stanisław Szczepan Zaleski,
Asystent tegoż Zakładu.

Gdy badałem narządy rozmaitych zwierząt co do ilości żelaza w nich zawartéj i przeglądałem odnośną literaturę uderzył mnie przytoczony przez Quinckego (*Ueber Siderosis, Eisenablagerung in einzelnen Organen des Thierkörpers. Festschr. zum Andenken Al. v. Haller.* Bern., 1877, str. 41) przypadek cukromoczu, w którym ilość żelaza w wątrobie była najwyższą, o ile mi wiadomo, ze wszystkich, dotąd ogłoszonych (3·607% suchéj istoty, czyli 26·96grm. w całéj wątrobie!), z wyjątkiem chyba ilości żelaza w śledzionie starych koni, jak to Nasse (*Ueber den Eisengehalt der Milz. Stzb. d. Ges. zur Beförd. d. ges. Naturwissensch. zu Marburg*, Nr. 2, 1873) wykazał i jak stwierdziły moje własne badania na śledzionie wolnéj od krwi [1]). Spostrzeżenia przez Quinckego przytoczone i w swoim rodzaju jedyne, gdyby się jako powszechne prawo w cukromoczu utrzymać miały, doprowadziłyby, bezwątpienia, do zupełnie nowych poglądów na istotę téj zagadkowéj choroby. Pytamy się bowiem przedewszystkiém, zkąd w jedynym organie, jak wątroba, i właśnie w cukromoczu, wziąść się mogła tak wielka ilość żelaza, kiedy nawet w chorobie, jak *Anaemia perniciosa* jako *maximum* żelaza w wątrobie podaje Quincke (rozbiór C. Aeby) 2·1% (*Ueber perniciöse Anaemie. Sammlung klin. Vorträge v. R. Volkmann.* 1876, Nr. 100) wzgl. 1·89% (*Festschr.* str. 42) suchéj istoty. A wiadomém jest przecież z całego szeregu prac tegoż autora, że zwiększona ilość żelaza w narządach stanowi szczególną własność téj choroby, bez względu czy których leczono żelazem lub nie. Żałować należy, że w wyżéj wspomnianym przypadku cukromoczu nie podano protokółów rozbioru dla bliższego zoryjentowania się czytelnika i zamieszczono tylko prostą wzmiankę „*in 100 Theilen Trockensubstanz der Leber 3·607 Fe*“. Krwi zarówno w tym przypadku Quinckego, jak i w licznych innych podanych przez niego w całym szeregu prac o *Anaemia perniciosa* nie badano ilościowo na żelazo. Z przytoczonych względów wyjaśnienie sprawy, jaka jest istotna ilość żelaza w narządach w cukromoczu zasługiwało i zasługuje wciąż jeszcze na więcéj szczegółowe badanie niż to miało miejsce w jednym przypadku Quinckego.

Mając pozostawione sobie do rozporządzenia, dzięki uprzejmości prof. Thomego i asystenta tutejszéj kliniki ocznéj Dra Ziemińskiego narządy, pochodzące z jednego typowego przypadku cukromoczu, postanowiłem zbadać je bliżéj co do ilości żelaza zarówno drogą mikrochemiczną, jak i drogą czysto chemicznego rozbioru.

Protokół sekcyi odnośnego przypadku jest następujący:

L. T., panna, lat 47, gospodyni kliniki ocznéj, umarła 3/5, 1885; sekcyję wykonał prof. Thoma 5 maja 1885. Sklepienie czaszki miernéj grubości, ale bardzo zbite; opona twarda silnie doń przyrosła. Zwoje mózgowe wąskie, bruzdy rozszerzone. Górna powierzchnia mózgu zresztą niezmieniona. Opona miękka bardzo w krew obfita, równie jak i pajęczówka zmętniała. W oponie pajęczéj móżdżku kilka małych pęczków, które się wyczuwa jakby ziarnka piasku. Istota mózgowa dosyć w krew bogata, miernie miękka, ale trochę ciągliwa. W istocie jądra soczewki (*Linsenkern*) wzgórza wzrokowego i jądra ogoniastego (*d. geschwänzte Kern*), zarówno jak po części i w białych pokładach mózgu obu półkul przestwory dodatkowe (*adventitiellen Räume*) i naczynia ogromnie rozszerzone, tak że istota mózgowa wygląda jak sito. Na dnie 4 komórki, brak wszelkich zmian, natomiast istota rdzenia przedłużonego wydaje się być bardzo ciągliwą.

[2]) Średnia ilość żelaza, jaką otrzymałem dla śledziony z przepłukanemi naczyniami ze starego konia wynosi 1·0374% suchej istoty. *Przyp. Aut.*

Skóra wszędzie blada; lekki obrzęk kostek i stóp; lekki obrzęk rąk. W jamie brzusznéj obfita ilość krwawego płynu. Mięśnie dobrze rozwinięte; pokład tłuszczu dość obfity. Sieć większa dosyć w tłuszcz obfita. W obu jamach opłucny nieznaczne ilości mętnego, czerwonawego płynu. Płuca mało zapadają się; jamy serca trochę rozszerzone. W worku osierdzia trochę czerwonawego płynu. Tłuszcz osierdzia miernie obfity. Na tętnicy głównéj wstępującéj kilka plam łącznotkankowych. Żyły serca cokolwiek zwężone; mięśnie cokolwiek cieńsze, silnie brunatnéj barwy. Początek gnicia. W opłucny płuc kilka krwistych wybroczyn. W oskrzelach śluz bezbarwny, rzadki. Błona śluzowa cokolwiek zaczerwieniona. Tkanka lewego płuca w ogóle więcéj krwista i wilgotniejsza. Opłucna prawego płuca wykazuje obfite krwiste wybroczyny z delikatném łącznotkankowém nawarstwieniem, rozwiniętém szczególniéj w górnych częściach górnego płatu. Odpowiadająca temu część płuca na przestrzeni pięści podległą jest czerwonéj hepatyzacyi. Zhepatyzowane miejsce przechodzi bez ostrych granic w silnie przesiąkłą (*durchfeuchtet*) tkankę górnego płatu i przedstawia się jako zupełnie jednolite, ziarniste. Śledziona cokolwiek powiększona, torebka jéj naprężona, tkanka rozszerzona, rozpływająca się, bardzo w krew obfita. W pęcherzu żółciowym cokolwiek złotawo-żółtéj żółci. Wątroba nieznacznéj wielkości, torebka jéj mało przeświecająca, tkanka wątroby silnie zmętniała, o niewyraźnie zrazikowéj budowie (*acinös*). Za dodaniem jodu powstają na przekroju wątroby wyraźne smugi brunatne. Lewa nerka zwykłéj wielkości; torebka łatwo się ściąga; tkanka nerki miernéj konsystencyi, silnie krwią napełniona, z objawami poczynającego się gnicia. Prawa nerka mniejsza aniżeli lewa, wykazuje zresztą te same objawy. W organach szyi nic szczególnego; *Aorta thoracica* zwężona; na wewnętrznéj jéj powierzchni kilka białawych i żółtawych plam.

Rozpoznanie anatomiczne. Zapalenie płuc zrazikowe górnego prawego płatu z włóknikowém zapaleniem opłucny, świeży obrzęk śledziony, glikogen w wątrobie, posunięte gnicie.

Wyniki mikroskopowego badania:

1. Ziarna, dające się wymacać jako ziarnka piasku w oponie pajęczéj, w okolicy móżdżku, okazują się być konglomeratami dośrodkowo ułożonych kulek piaskowych (*Psamomkugeln*).

2. W komórkach wątroby początek tłuszczowego zwyrodnienia i glikogen dający się wykazać w postaci ziarn za pomocą jodu z gumą.

3. W nerkach brak oddziaływania na glikogen; nerka tak przez gnicie zmieniona, że rozpoznanie staje się niemożliwém.

4. W płucu włóknikowe zapalenie z nieregularném topograficzném wytwarzaniem się; miejscami przeważa wysięk krwisty, miejscami złuszczenie.

Ilościowo oznaczono żelazo we krwi, wątrobie, śledzionie, szpiku kości udowéj, trzustce, mózgu i żółci. Nadto wszystkie wyliczone narządy, z wyjątkiem żółci i krwi, a prócz tego nerki i rdzeń pacierzowy poddano badaniu na żelazo drogą mikrochemiczną. Chora za życia nie brała leków zawierających żelazo, przynajmniéj w latach ostatnich.

Metody mikrochemicznego badania organów na żelazo.

Niezależne od niniejszéj pracy badania przekonały mnie, że wyskok sam przez się nie wyciąga żelaza z narządów. Dla tego téż kawałki, przeznaczone do mikroskopijnego badania i nienadające się do wygodnego krajania wprost, nawet na t. zw. oziębiającym mikrotomie (*Gefrier-Mikrotom*), włożono do wyskoku i po należytém stwardnieniu otrzymano z nich skrawki na zwykłym mikrotomie. Z mikrochemicznych prób wykonano na każdym narządzie opisane już poprzednio przez Nassego i Quinckego za pomocą siarczku amonowego i żelasinku potasu z kw. solnym; do liczby ich dodano nadto próby za pomocą siarsinku potasu i kw. solnego, nadżelasinku potasowego i kw. solnego, kwasu garbnikowego i wreszcie salicylanu sodu[1]).

Ponieważ amonijak rozpuszcza wiele organicznych związków żelaza, ponieważ to samo ma miejsce i z wieloma obojętnemi solami, jak np. żelasinkiem potasowym (o czém mnie także osobne doświadczenia przekonały), nie ograniczyłem się przeto na pogrążaniu skrawków w odnośnych odczynnikach, ale nadto w osobnéj seryi badań dodawałem odczynnik do skrawków poprzednio na szkiełku rozpostartych. Siarczek amonu stosowany był na przemian w różném zgęszczeniu, bądź wprost, bądź téż po dodaniu go do gliceryny. Rozczyny (1%) żelasinku potasu, nadżelasinku potasu i siarsinku potasu były zawsze świeżo przygotowywane, bezpośrednio przed samém badaniem. Niezachowanie téj ostrożności stać się może źródłem bardzo wielu błędów z powodu rozkładu soli. Niekiedy stosowano wyżéj wymienione sole wprost w kawałkach na szkiełko. Kwasu solnego używano przynajmniéj 1%. Przy wszystkich wymienionych odczynnikach nie przeoczono, o czém już przy siarczku amonu wspomniano, badania wprost na szkiełku. Kwas garbnikowy stosowano także z temi samemi ostrożnościami w dość silnie nasyconym roztworze (barwy wyraźnie brunatnéj). To samo salicylan sodowy. Preparaty badano wprost i po rozjaśnieniu gliceryną, zarówno bez jak i po poprzedniém zabarwieniu karminem. Igieł używano szklanych i w ogóle na każdym kroku uważano, aby się żelazo sztucznie do preparatu nie dostało.

Wyniki mikrochemicznego badania.

W żadnym z badanych narządów nie wykryto jakichkolwiekbądź punkcików, albo téż innéj postaci złogów, dających odczyn żelaza, jak to Nasse i Quincke opisali. Ziarna brunatne, znajdujące się obficie w skrawkach wątroby a jeszcze więcéj w skrawkach śledziony, nie dawały żadnéj zgoła próby na żelazo. Natomiast każdy z badanych narządów, zwłaszcza jeżeli skrawek był grubszy, przedstawiał na szkiełku lekki niebieskawy (z żelasinkiem potasu), zielonawy (z siarczkiem amonowym) lub różowawy (z siarsinkiem potasu) odcień, widoczny jedynie dla gołego oka. Pod mikroskopem i to lekkie rozlane zabarwienie stawało się niewidoczném, tak że mowy być nawet nie mogło o jakiéjkolwiek mikrochemicznéj, nawet przy większych powiększeniach spostrzegalnéj, próbie. Lekki odcień jednéj z wymienienionych barw, stosownie do odczynnika, wtedy tylko zauważyć można było pod mikroskopem, gdy skrawek na szkiełku nie był dokładnie rozciągnięty: tylko grubsze miejsca, czyli fałdy, przedstawiały ten odcień mikro- i makroskopijnie.

Spostrzeżenia powyższe, stwierdzone za pomocą mikroskopu, stoją w bezpośrednim związku ze spostrzeżeniami,

[1]) Ostatnie dwie próby, tj. za pomocą kwasu garbnikowego i salicylanu sodu zawdzięczam prof. Bungemu, który zauważył, że oba rzeczone odczynniki dają odczyn z nieorganicznemi związkami żelaza, nie dają go zaś ze związkami nieorganicznemi. Spostrzeżenia tego nigdzie dotąd nieogłoszonego udzielił mi ustnie szanowny mój nauczyciel. *Przyp. aut.*

jakie widzieć można, jeżeli wyżéj wymienione mikrochemiczne próby wykonywać będziemy nie na cienkich skrawkach, ale na oddzielnych kawałkach każdego z narządów podlegających badaniu. Jeżeli kawałeczek taki, oderwany kościanemi albo platynowemi szczypczykami, położymy na porcelanowéj miseczce i oblejemy siarczkiem amonowym, wtedy natychmiast powstaje zielone, potém czarne, dla niektórych organów odrazu czarne, rozlane zabarwienia całego kawałka. Im więcéj zgęszczony siarczek amonowy, tém oddziaływanie szybsze; przy słabém zgęszczeniu powstaje odczyn stopniowo, nie zawodzi jednak w żadnym razie. Przy użyciu świeżo przygotowanego żelasinku potasowego ani na razie, ani téż po dłuższym nawet czasie, choćby kilku godzinach, nic nie powstaje, gdy jednak dodać kroplę kw. solnego, natychmiast występuje piękne niebieskie zabarwienie całego kawałka, także rozlane na całéj tegoż przestrzeni. Odczyn ten również wyraźnie występuje przy użyciu w ten sam sposób siarsinku potasu, przyczém także niezbędny jest kw. solny, bez względu czy pierwotne oddziaływanie organu było kwaśne, lub obojętne. Zabarwienie w tym razie jest piękne, purpurowe. Próby jeszcze o wiele stają się wyraźniejsze, jeżeli oczyścimy świeży narząd na powierzchni ze krwi przez spłukanie. Bardzo słabo zgęszczony kw. solny np. 1‰ nie wpływa wcale na powstanie odczynu. Przy zastosowaniu nadżelasinku potasowego i kw. solnego, jak również przy oblaniu kawałka kwasem garbnikowym albo salicylanem sodu, brak było zawsze wszelkiego zgoła odczynu, nawet po kilku godzinach.

Na preparatach, pozostających przez czas dłuższy w 96%, a potém w bezwodnym wyskoku dla mikroskopijnego badania, odczyny w powyższych warunkach wykonane (nazwijmy je dla odróżnienia od mikrochemicznych — makrochemicznemi), były jeszcze więcéj wyraźne i uderzające. Nigdy i w żadnym razie, ani téż w żadnym narządzie nie dawały się zauważyć miejsca więcéj lub mniéj zabarwione: czarna, wzgl. czerwona lub niebieska barwa wszędzie był rozlaną. Najsilniejsze oddziaływanie dawała zawsze śledziona i wątroba, silne również, choć w cokolwiek mniejszym stopniu, szpik kostny i trzustka, słabsze, lecz w każdym razie bardzo wyraźne, nerka, a wreszcie mózg i rdzeń przedłużony. W mózgu zabarwienie na czarno wzgl. niebiesko lub różowo jest jednolite zarówno dla istoty korowéj jak rdzennéj. W rdzeniu przedłużonym barwi się względnie silniéj część obwodowa.

Łącząc zjawiska spostrzegane makroskopijnie z mikroskopijnemi przyjąć należy, że żelazo w każdym ze zbadanych narządów jest bezwarunkowo zawarte i że przenika całą istotę tegoż bez jakiegoś specyjalnego umiejscowienia się lub złogów oddzielnych, jak to widział Quincke w swoim przypadku i w przypadkach *Anaemiae perniciosae*. Kto wie czy i inne przypadki podane przez Quinckego (*L. l. C. c.* nadto: *Weitere Beobachtungen über perniciose Anaemie. Deutsch. Arch. f. klin. Med.* Tom XX, 1877. *Zur Pathologie des Blutes. Deutsch. Arch. f. kl. Med.*. Tom XXV, XXVII, 1880) i jego uczniów G. Petersa (*Ueber Siderosis. Inaug. Diss.* Kiel, 1881) i L. Glaeveckego (*Ueber die Ausscheidung u. Vertheilung des Eisens etc. Inaug. Diss.* Kiel, 1883), gdzie brak było wszelkiego mikrochemicznego odczynu, nie należą właśnie do rzędu obecnie przez nas opisanego, gdzie próba mikrochemiczna jest niewątpliwą, a mimo to niewidoczną raz dla cienkości skrawków, a powtóre, że jest na całéj ich przestrzeni rozlaną i jednolitą.

Dotychczasowe doświadczenia nasze wykonane na zwierzętach każą wnosić, że żelazo stanowi integralną część wielu narządów, że makro- (i mikro-) chemiczna próba nigdy nie zawodzi, że jednak niekiedy tylko spostrzegać można i osobne złogi, dające mikrochemiczne próby analogicznie z wypadkami, podanemi przez Nassego i Quinckego. Przyjąćby tedy należało, że narządy zawierają żelazo w dwóch formach, w postaci połączenia (lub połączeń!) przenikającego całą tkankę jednolicie i na każdém miejscu lub téż w postaci osobnych złogów. Kto wie czy ta ostatnia forma nie jest właśnie wynikiem choroby, jak np. *Anaemia perniciosa*? Kto wie daléj, czy nie istnieją przypadki, gdzie obok złogów dających właściwy odczyn żelaza, nie znajduje się jeszcze na jednym i tym samym preparacie i próba rozlana w reszcie tkanki, a mimo to niewidoczna pod mikroskopem, jak w naszym przypadku? (Dok. nast.)

II. Z pracowni chemii lekarskiéj prof. Dra Stopczańskiego i z oddziału chorób wewnętrznych prof. Dra Pareńskiego.

Doświadczenia nad antipyrynem, jako środkiem przeciwgorączkowym z uwzględnieniem jego wpływu na przemianę materyi.

Podał Dr. Józef Wiczkowski,
asystent zakładu chemii lekarskiéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

Przypadek IV. *Typhus exanthematicus.* Grabowski, lat 31 mający, posługacz, zgłosił się do szpitala 29 grudnia 1884 podając, iż przed czterema dniami choroba jego rozpoczęła się od jednorazowego silnego dreszczu z następową gorączką, podczas któréj wystąpił dotkliwy ból głowy i nóg, łamanie po kościach, brak apetytu. W dniu następnym znaleziono stan chorego następujący: Indywiduum dobrze zbudowane i odżywione. Na skórze rozsiane tu i owdzie drobne, okrągławe, blado-czerwone plamki bledniejące pod uciskiem. Język obłożony. W narządzie oddechowym lekki nieżyt oskrzelowy. Śledziona macalna pod łukiem żebrowym; brzeg jéj miękki, gruby, przy dotyku bolesny. Stłumienie jéj sięga od 6 żebra do łuku żebrowego, a ku przodowi do linii pachowéj przedniéj. Brak apetytu, stolec zaparty. Osłabienie ogólne, obolałość mięśniowa, zwłaszcza odnóg, ból głowy. Przytomność zachowana.

31 grudnia (V dzień choroby).

Godzina	8r.	10,	12,	2p.	4,	6,	7,	9.
Ciepłota	39·6,	40·1,	40·3,	40·3,	40·5,	40·5,	40·7,	40·7.
Tętno	104,		108,				104,	104.

Ciężar ciała 67klgr.

Stan niezmieniony, tylko osutka wybitniejsza i obfitsza, ból głowy znaczniejszy, sen niespokojny, stolec po olejku rącznikowym.

Dyjeta przez cały czas obserwacyi: na rano, południe, wieczór barszcz i jedna bułka dziennie. Jako napój służył mu kwasek (5:500) w ilości 1,000sz.cm. i pół litra wody.

Mocz w ilości 400sz.cm. barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddz. kwaś. cięż. gat. 1·032, białka ani śladu, chlorki w ilości prawidłowéj, osad z samych moczanów.

Ilość mocznika % 3·888 = 1·828% N.
„ „ na dobę 15·552 = 7·312gr. N. na dobę.
Ilość azotu otrzymanego przez spalenie = 2·256 %
„ „ „ „ „ 9·024gr. na dobę.

Ilość kwasu siarkowego połączonego z ciałami mineralnemi (A) wynosi 0·629% na dobę 2·516gr. a połączonego z ciałami aromatycznemi (B) = 0·033% na dobę 0·132gr.

$\frac{A}{B} = \frac{0·629}{0·132}$ A = 2·516
B = 0·130
2·648 ilość kwasu siarkowego w całości.

1 stycznia 1885 r. (VI dzień choroby).

Godzina	7r.,	10,	11,	12,	2p.,	3,	4,	6,	7,	8,	10.
Ciepłota	39·7,	39·7,	39·4,	39·4,	39·2,		39·5,	38·4,		38·7	39·0.
Tętno		104,				96,				100,	
Antipyryn		1gr.,	1gr.,	1gr.,		1gr.,	1gr.,	1gr.,	1gr.		
								wymioty			

Ciężar ciała 66·7klgr.

Ciepłota mimo podania 7gr. (co godzina lub co dwie godziny po gramie) antipyrynu bardzo mało co się obniżyła. Stan ogólny jednaki, ból głowy niemniejszy, a nadto wymioty wywołane antipyrynem wzmogły go jeszcze.

Mocz w ilości 600sz.cm. zmącony silnie od moczanów, barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddz. kwaś., cięż. gat. 1·034, białka 0·004% (ślad zaledwie spostrzegalny), chlorki w ilości nieco zmniejszonéj, mocz z chlorkiem żelazowym barwi się wybitnie czerwono.

Ilość mocznika % 3·958gr. = N 1·852%
„ „ na dobę 23·743gr. = N 10·912 na dobę.
Ilość azotu otrzymanego przez spalenie = 2·294 %
„ „ „ „ 13·764 na dobę.

Ilość kwasu siarkowego połączonego z ciałami mineralnemi (A) 0·599%, na dobę 3·594gr. a połączonego z ciałami aromatycznemi (B) 0·092, na dobę 0·552gr.

$\frac{A}{B} = \frac{0·599}{0·092}$.

2 stycznia (VII dzień choroby).

Godzina	7r.,	8,	10,	11,	12,	1p.,	2,	4,	6,	8.
Ciepłota	39·6,	39·8,	39·4,	39·6,	39·8,	39·9,	39·8,	40,	40.3,	40·5.
Tętno			96,							102,
Antipyryn				1gr.,	1gr.,	1gr.				
					wymioty					

Ciężar ciała 66klgr.

Po podaniu 3gr. antipyrynu ciepłota wcale się nie obniżyła, a z powodu wymiotów nie podano więcéj antipyrynu. Ból głowy utrzymuje się, kaszel dotkliwy, śledziona macalna pod łukiem żebrowym na dwa palce.

Mocz w ilości 600sz.cm., zmącony od moczanów, barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddz. kwaś., cięż. gat. 1·032, białka nie ma, chlorki w ilości zmniejszonéj.

Ilość mocznika % 3·939, na dobę 23·633gr.

3 stycznia (VIII dzień choroby).

Godzina	7r.,	8,	10,	11,	12.		
Ciepłota	40·3,	40·0,	39·8,	39·4,	38·5,		
Tętno			96.				
Antipyryn			2gr.,	1gr.,	1gr.		
Godzina	1p.,	2,	3,	4,	6,	7,	9.
Ciepłota	38·0,	38·2,	38·3,	38·0.	38,	38·1,	38·5.
Tętno			72.				
					wymioty.		

Ciężar ciała 66·2klgr.

Już po podaniu naraz 2grm. antipyrynu poczęła ciepłota opadać wśród potów. Ból głowy ustąpił, dreszczów nie było. Stan ogólny nieco lepszy.

Mocz w ilości 900sz.cm., zmącony od moczanów, barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddz. kwaś., cięż. gat. 1·032, białka 0·004% (ślad zaledwie spostrzegalny), chlorki w ilości prawie prawidłowéj. Mocz z chlorkiem żelazowym daje zabarwienie czerwone.

Ilość mocznika % 3·256gr., na dobę 21·534gr.

Ilość kwasu siarkowego połączonego z ciałami mineralnemi (A) 0·502%, na dobę 4·518gr. a połączonego z ciałami aromatycznemi (B) 0·125%, na dobę 1·125gr.

$\frac{A}{B} = \frac{0·502}{0·125}$.

4 stycznia (IX dzień choroby).

Godzina	7r.,	10,	11,	12.	2p.,	4,	6,	8.
Ciepłota	38·6,	38·6,	38·3,	38·1,	37·5,	37·7,	38·0,	38·0.
Tętno		72.						
Antipyryn		1gr.,	1gr.,	1gr.				

Ciężar ciała 65·2klgr.

Ból głowy zupełnie ustąpił, umysł swobodniejszy, sen spokojniejszy. Język lekko obłożony, podsychający.

Mocz w ilości 870sz.cm., zmącony od moczanów, barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddz. kwaś., cięż. gat. 1·032, białka nie ma, chlorki w ilości prawidłowéj. Mocz z chlorkiem żelazowym daje zabarwienie czerwone.

Ilość mocznika % 3·352 na dobę 29·16gr.

5 stycznia (X dzień choroby).

Godzina	7r.,	10,	11,	12,	1,	2,	4,	6,	8.
Ciepłota	38·2,	38,	37·8,	37·5,	37·3,	37·0,	37·0,	36·5,	36·7.
Tętno		76,				72.			
Antipyryn	1gr.,	1gr.							

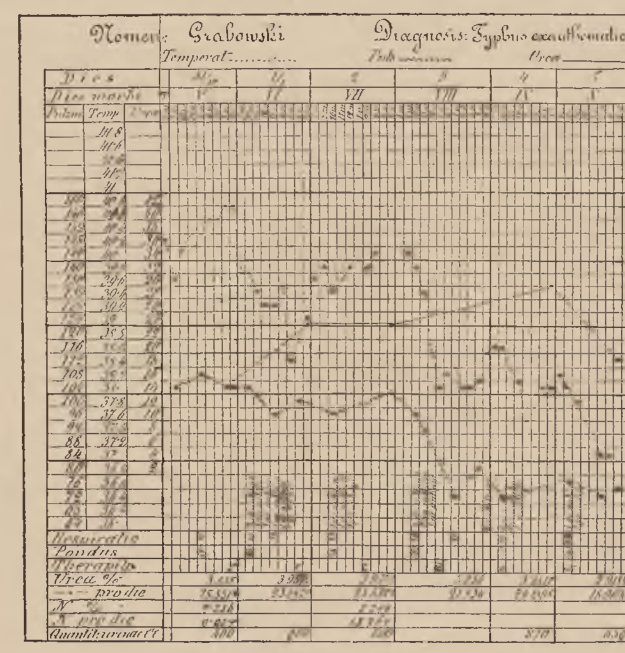
Ciężar ciała 64·6klgr.

Stan ogólny polepsza się, apetyt dobry, język wilgotny prawie nieobłożony.

Mocz w ilości 650sz.cm. barwy nasycono-winowo-żółtéj oddz. kwaś., cięż. gat. 1·028, białka nie ma, chlorki w ilości prawidłowéj. Mocz z chlorkiem żelazowym daje zabarwienie czerwone.

Ilość mocznika % 2·919, na dobę 18·97gr.

Odtąd ciepłota pozostawała w granicach ciepłoty ustroju fizyjologicznego. Stan chorego z każdym dniem polepszał się, apetyt wracał. Chory opuścił szpital już d. 15 stycznia.



(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Ciężkie uszkodzenie wśród szczególnych męczarń.

Podał A. Slosarczyk.

Jakkolwiek przyznaję, że ogłaszanie przypadków ciężkiego uszkodzenia cielesnego, kończących się pomyślnie, nie budzi już zajęcia i dla tego nie jest na czasie, to przecie sądzę, że podanie do wiadomości przypadku niniejszego z praktyki sądowo-lekarskiéj Prof. Blumenstoka z dwóch przyczyn wyjątkowo jest usprawiedliwioném.

A najprzód niezwykłym jest fakt sam. Któżby sądził, że w 19 wieku w półwsiu przytykającém do samego Krakowa, zajść może zdarzenie, przypominające żywo najsmutniejsze epizody z czasów inkwizycyi hiszpańskiéj? a przecież okazuje się, że okrucieństwo idące w parze z zabobonem napotyka się jeszcze obecnie pod samemi murami miasta głównego. Wieśniak majętny spostrzega pewnego razu brak większéj kwoty pieniężnéj, którą ukrywał pod szafą; z porady żony swéj, którą zrazu podejrzywał o kradzież tych pieniędzy, udaje się do wróżki, która za stósowném wynagrodzeniem z trójnogu swego obwieszcza mu, że pieniądze skradł „kawaler" a nie żona, że za 9 dni pieniądze „się wywrzeszczą". Nabrawszy tedy przekonania, że tym kawalerem musi być parobek jego Piotr Kapusta, lat kilkanaście liczący, medytował razem z połowicą swą przez dni cztery, jakim sposobem parobka zmusić do przyznania się i zwrotu pieniędzy, a wymyśliwszy plan kampanii, przystąpił do dzieła. O północy udał się razem z żoną do stajni krowiéj, któréj okna szczelnie słomą pozatykali i drzwi przywarli, a zawlokłszy tam Kapustę związali mu ręce powrozem, powróz zakręcili kilkakrotnie kijem dla tém silniejszego skrępowania, następnie przewrócili parobczaka grzbietem do góry i obnażyli. Po takiém przygotowaniu rozpoczęła się właściwa inkwizycyja od przypiekania podeszw, dłoni i łydek ćwiekiem żelaznym, umyślnie na ten cel rozżarzonym w garnku z węglami żarzącemi się, który ze sobą do stajni przynieśli. Tém narzędziem zadano nieszczęśliwemu kilkanaście ran kłótych z oparzeniem obwodowém, aż do zwęglenia. Gdy jednak, mimo kilkakrotnych wzywań, K. do kradzieży się nie przyznawał i gdy następne smaganie grzbietu obnażonego również nie odniosło skutku pożądanego, wtedy dopóty przypiekali mu rozpalonym garnkiem żelaznym lędźwie i pośladki dopóki dręczony bólem do wrzekoméj winy się nie przyznał. Oprawcom zajęło teraz nieco czasu przeszukanie wskazanéj przez K. kryjówki pieniędzy, a nic nie znalazłszy uważali za odpowiednie jąć się nowego sposobu męczarni. Poparzonego, pokłótego, zbitego rzucili na gnój w stajni końskiéj, gdzie pozostał przez noc i dzień następny bez pokarmu, a nawet wody mu nie podano, którą jednak gospodyni miała w pogotowiu do cucenia nieszczęsnéj ofiary w razie omdlenia.—Wreszcie dowiedziały się o wszystkiém władze bezpieczeństwa i pospieszyły z pomocą męczonemu. Omdlewającego z bólu i pragnienia K. odwieziono natychmiast do szpitala św. Łazarza, gdzie sprawdzono na jego ciele cały szereg uszkodzeń, a mianowicie: na przedramieniu lewém zdarcie przyskórka powstałe w skutek ściągnięcia powrozem; na obu podeszwach, dłoniach i łydkach liczne pęcherze oparzelinowe, wielkości orzecha włoskiego, obok ran od narzędzia kłójącego pochodzących; najrozleglejsze i najcięższe zmiany znaleziono na obu pośladkach i w okolicy lędźwiowéj, przeważnie po stronie lewéj; były tu wszystkie trzy stopnie oparzenia, których szczegółowy opis pomijam, odsyłając czytelnika do ryciny podanéj w dziełku Sonnenburga (*Verbrennungen u. Erfrierungen. Stuttgardt* 1879), gdzie znajdzie obraz oddany pięknym kolorytem a tak co do jakości jak rozległości i miejsca oparzenia bardzo pododobny do obrazu w naszym przypadku. Chory leżał na oddziele Prof. Obalińskiego, a pomimo wszelkiéj staranności ze strony lekarzy szpitalnych, zaledwie po upływie 4 miesięcy odzyskał zdrowie. Następstw trwałych obrażenie zatém nie pociągnęło za sobą; ze stanowiska sądowolekarskiego wypadło więc uznać je za ciężkie uszkodzenie cielesne w myśl §. 152. W przypadku tym należało uszkodzenie ciężkie uznać nadto za kwalifikowane i to według kilku ustępów §. 155 kk. a mianowicie, raz z powodu, że połączone było z nadwyrężeniem zdrowia nietylko nad 20 ale i nad 30 dni trwającém, powtóre że zadane zostało takiém narzędziem i w taki sposób w jaki zazwyczaj wywołuje się niebezpieczeństwo dla życia, potrzecie, że zadane zostało wśród szczególnych dla obrażonego męczarń. Sąd ze swéj strony dodał jeszcze kwalifikacyję czwartą, a mianowicie z powodu, że napaść miała miejsce w sposób podstępny i skutkiem zmowy.

Z natury rzeczy wypływa, że wypadało zastosować ustęp paragrafu „o szczególnych męczarniach" i to jest drugi powód dla czego przypadek ten zasługuje na wzmiankę.

Potrzeba stósowania ustępu *c)* §. 155 k. k. zdarza się w praktyce sądowolekarskiéj bardzo rzadko, a to z powodu, że podając tę kwalifikacyję prawodawca miał na myśli tylko owe męczarnie, które człowiek cierpi śród zadania mu obrażenia cielesnego, a nie owe cierpienia, które często są nieodłączne od obrażenia, ale występują późniéj, jak np. jeżeli zachodzi potrzeba poddania się bolesnéj operacyi celem uleczenia się, lub przynajmniéj ocalenia życia. Na szczęście atoli rzadkie są owe przypadki, w których z samego czynu, jak tego żąda prawodawca, można nabyć przekonania, że sprawca obrażenia znęcał się nad swoją ofiarą, że go bił przez czas dłuższy i męczył zanim go wypuścił z rąk swoich. — Lekarz sądowy wtedy tylko oświadczyć się może w tym kierunku, jeżeli znajduje na obrażonym nader liczne ślady obrażenia, przemawiające za tém, że do ich wywołania potrzeba było dłuższego czasu, że więc pobicie nie było dziełem jednéj chwili, lecz systematyczném biciem, wykonywaném z zimną krwią przez czas dłuższy. Tém bardziéj oświadczyć się może za szczególnemi męczarniami znawca, jeżeli, jak w przypadku niniejszym, znajdzie ślady obrażenia, zadanego rozmaitemi narzędziami i sposobami (powrozem, rozżarzonemi węglami, gwoździem) gdzie więc żadnéj nie podpada wątpliwości, że działanie to nie tylko wymagało dłuższego czasu i świadczy o szczególném okrutném usposobieniu napastnika, ale co ważniejszém, bo dla znawcy jedynie decydującém, o wielkiém cierpieniu moralném i fizyczném, którego doznawać musiała podczas tych operacyj ofiara napastnika.

(Po przeprowadzeniu rozprawy głównéj Sąd krajowy skazał obwinionych małżonków na rok, a względnie $1^1/_2$ roku ciężkiego więzienia).

IV. Oceny i sprawozdania.

Schapiro: **Wstrzykiwania kwasu osmowego w nerwobólach nerwu troistego.**

W Towarzystwie lekarskiém petersburskiém miał S. wykład o chemicznych i leczniczych własnościach kwasu osmowego poczynając od odkrycia metalu osmu w 1804 r. przez Anglika Smithsona Tenannta a kończąc na własnych

spostrzeżeniach poczynionych w drugiéj połowie r. z. w szpitalu Tow. filantropijnego, w którym wstrzykiwał w 8 ciężkich bardzo uporczywych i długotrwałych przypadkach nerwobólu nerwu troistego kwas osmowy. W 5 z nich nastało uleczenie, w dwu doznali chorzy polepszenia, a w jednym leczenie było bezskuteczne. S. używał leku tego według przepisu: *Rp. Ac. osmici 0·1, Aq. dest. 6·0, Glycer. chem. puri 4·0.* W téj postaci lek dał się przechować przez 2—3 tygodni, gdy zwykły rozczyn wodny już po 3—4 dniach brunatniał a późniéj czerniał i nie można go było użyć. Ponieważ lek ten jest bardzo drogi (gram kosztuje 5 złr.) ważną jest więc rzeczą używać rozczynu dobrze dającego się przechować. S. rozpoczynał wstrzykiwania od 5 kropli postępując; średnio wstrzykiwał 8 kropli. Raz tylko widział niepomyślne objawy u kobiety bardzo nerwowéj, cierpiącéj na padaczkę, która po wstrzykiwaniu omdlała. S. sądzi, że u nerwowych chorych należy o możliwości tego myśleć. W jednym przypadku, w którym lek nie skutkował prof. Erb rozpoznał nerwoból na podstawie histerycznéj u choréj, która prócz tego cierpiała silny ból w karku i tyłogłowiu przypisywany cierpieniu ośrodków systemu nerwowego. W tym przypadku po jednorazowém wstrzyknięciu nastało wzmożenie bólu i chora nie zezwoliła na dalsze próby. S. nie obserwował nigdy miejscowych niepomyślnych objawów jakie Leichtenstern opisywał (obrzmienia krwawe, owrzodzenia, zimne guzy) z tego powodu nie waha się robić wstrzykiwań na twarzy. Obecnie nie wchodzi S. w teoryję działania kwasu osmowego chociaż ma zamiar czynić pod tym względem doświadczenia lecz czyni uwagę, że najważniejszém działaniem jest sprawianie zapalenia końcowych gałązek nerwowych, podczas gdy skutki narkotyczne są drugorzędne. (*The Lancet* 1885, II, Nr. 5). *Dr. Grabowski.*

V. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

I.

Świeżo odbyta wycieczka a właściwie podróż po za granicę dzierżaw ottomańskich, jest dalszym ciągiem rozwoju poleconych mi badań nad dżumą. Praca rozpoczęta i prowadzona z niejakim skutkiem w Zorbatye musiała być przerwaną za dojściem wiadomości, którą stolica Persyi zatrwożyła bliższy i daleki Wschód, głosząc, że w okolicach Hamadanu wybuchła choroba zakaźna, nader śmiertelna, któréj natury jednak dotąd nie zdołano określić.

Złowrogą tę wieść, zdumiewającą rządy, mogącą przyprawić o znaczne straty turecki zarząd służby zdrowia, a niemniéj i wzbudzającą trwogę w pośród ludów pogranicza persko tureckiego należało stwierdzić w miejscu, które wskazano jako ognisko szerzenia się zarazy. Nagle tedy i niespodziewanie stalem się czynnym na dwóch scenach sanitarnego działania. Dwojaka ta czynność na stanowisku płatnym i w kraju, gdzie się jest tylko narażonym na straty materyjalne, zaiste warta jest opowiedzenia.

Zawsze podejrzane warunki zdrowotne w prowincyjach perskich graniczących z Irakiem arabistańskim, narażają lekarzy sanitarnych na kłopoty często przechodzące zakres służbowy. Nie dość bowiem, że w pewnych punktach rozrzuconych wzdłuż pogranicza turecko-perskiego znajdujący się lekarze lub tak zwani „Karantyna-memur“ (strażnicy sanitarni) czuwać są obowiązani nad przybywającymi z różnych stron Persyi pielgrzymami, badać ich samych i rewidować przywiezione manatki, w celu przekonania się, czy nie ukryto w nich choćby tylko cząstki jakiegoś prawowiernego nieboszczyka ale w razie nadejścia wieści, że w téj lub owéj prowincyi mniéj lub więcéj oddalonéj od granicy panuje choroba zakaźna, bywają oni tam wysyłanymi dla zapewnienia się o istotnym stanie rzeczy.

Prawo wysyłania lekarzy sanitarnych tureckich do Persyi zostało uświęcone układem zawartym w roku 1867 między dwoma sąsiadującemi rządami. Jednocześnie naśladując inne europejskie państwa, wzmocniono poselstwo tureckie w Teheranie dodaniem delegata sanitarnego, który za przykładem innych swych kolegów (z wyjątkiem może rosyjskiego) interesował się zwykle wszystkiém co sprawia przyjemność, pomijając jednak i uważając jako mniéj ważne zaznajamianie się z epidemijologiją kraju. Bo jestto faktem wynikającym z praktyki, że lekarz choćby nawet sanitarny tylko, w stosunkach z dyplomatami Wschodu z trudnością tylko zdoła się wywiązać ze swych humanitarnych obowiązków.— Rauty i baliki, gry hazardowne, kłopoty i intrygi w celach prywatnych pochłaniają czas i uwagę.

Wspomniany układ sam przez się nie zasługuje na naganę, będąc dowodem pieczołowitości międzynarodowéj rady zdrowia w Stambule, w zastósowywaniu środków ochronnych przeciwko przedostaniu się chorób zakaźnych z Persyi do krain ottomańskich. Lecz jego zastósowaniu da się nie jedno zarzucić. Zależny nieraz od fantazyi jeneralnego inspektora lub mniejszego albo większego strachu rządzących, układ ten nieraz rozmija się z praktyczném swém znaczeniem. W razie jeżeli obawę wzbudzająca choroba zakaźna wybuchła w prowincyjach położonych w pobliżu granicy, jeżeli ma się do rozporządzenia lekarza od innych zajęć wolnego, co więcéj jeżeli epidemija rozwija się powoli wtedy jest możność dostania się do wskazanego miejsca i przyniesienia, zbadaniem istotnego stanu rzeczy, pewnych korzyści nauce i administracyi sanitarnéj. W razie przeciwnym misyja podobna jest tylko próżną wędrówką, bo zwykle nim się dostaniemy do miejsc zakażonych zaraza skończy swe żniwo i oko zaciekawionego delegata uderzą tylko szeregi mogił pozwalające wnioskować o sile zarazy! W takim razie zamiast badań i przeprowadzenia poszukiwań co do przyczyn jéj powstania, dla niezrażonego wędrowca przedstawia się inne pole badań, mianowicie zapoznanie się z ogólnym stanem zdrowotym kraju, wykazanie charakteru pewnych chorób nagminnych, wystudyjowanie klimatu i zebranie pewnych szczegółów dotyczących higijeny publicznéj i prywatnéj.

Dotąd podawaniem urywkowych szkiców miałem sposobność zaznajomienia kolegów z warunkami sanitarnemi w Turcyi. Obecnie wysłany w celu zrobienia obławy, a jeżeli się da to i uchwycenia jakiegoś rysu z téj zakaźnéj choroby ogłoszonéj za nieznaną, spieszę zapoznać z jéj siedliskiem i uwydatnić warunki zdrowotne w Perysi. Odległość kraju nie powinna zrażać. Bo pomimo przestrzeni jaka nas odeń dzieli, jestto przecież pole gdzie działał Avicenna, gdzie Avenrohoe (Abon Ali ibn Rasz) zalecał utrzymanie higijeny ciała, kąpiele i dobry stan zdrowia, podając skomponowane przez siebie balsamy ku przedłużeniu życia, wtedy gdy przemyślni Mołłowie z sekty Alego, nie przedawali jeszcze raju na piędzie i łokcie! Gdzie wreszcie już w czasach nam współczesnych Mehemet el Bab filozof i lekarz perski, równo-

uprawnieniem kobiety zamierzał wydobyć ją ze stanu poniżenia a emancypując płeć piękną najsamprzód przez zrucenie welonu, zamierzał znieść ciężkie jarzmo niewoli w jakiém dotąd pozostaje kobieta na Wschodzie. Więc też ku pamięci tych zapisanych w historyi i nauce imion, ciekawém może będzie dowiedzieć się, czy też w dzisiejszym bycie i zwyczajach tutejszych ludów, przechowało się cośkolwiek przynajmniéj z tego, co dawni uczeni wskazywali i propagowali.

Że zaś celem mojéj podróży do Persyi było o ile możności śpieszniejsze wykazanie jaka to nowa zagraża nam plaga, więc też najsamprzód wskażę drogi jakiemi doszedłem do jéj odszukania, zapoznam z jéj naturą, oryginalnym rozwojem i gwałtownym przebiegiem, aby następnie przedstawić szczegóły zebrane na polu mych sanitarnych badań.

Pierwszą wiadomość o wybuchu choroby zakaźnéj w okolicach Hamadanu (E k b a t a n y starożytnych) puszczono w świat w pierwszéj połowie stycznia rb. Do tego użyto prywatnéj korespondencyi, z powodu, że podówczas komu innemu wypuszczony w dzierżawę Hamadan, nie posiadał żadnego czynnego urzędu. Po dojściu wieści do Teheranu poczęto ją komentować w rozmaity sposób i puszczono w obieg z przesadą właściwą przelękłym. Najbardziéj interesowane poselstwo tureckie, pospieszyło zawiadomić zarząd służby zdrowia w Stambule, w skutek czego postanowiono, iż jeden z lekarzy pozostających w Iraku ma się udać do Persyi, dotrzeć do miejsc dotkniętych zarazą i zapewnić się o jéj naturze. — Nim jednak postanowienie to i instrukcyja odszukały mnie w Zorbatye, upłynął prawie cały miesiąc, tak że dopiero w końcu lutego mogłem się puścić na tę nową pogoń.

Z Zorbatye do Persyi prowadzi jedna z najbardziéj uczęszczanych i bezpieczniejszych dróg na północ górzystym pasem pogranicza turecko-perskiego. Z prawdziwą obawą wpatrywałem się w olbrzymie pasma gór, których nie tylko szczyty ale i skłony uginać się zdawały pod warstwami zimowego kożucha, którego nie widziałem już bardzo dawno! Pod temi masami śniegu lub obok nich, ukrywało się dla mnie życie ludów dotąd nieznanych, z ich tradycyją, przesądami, ze znanym ku obcym wstrętem, z ich przysłowiową niechlujnością, słowem mieszkańców cenionych u nas po ich wyrobach, sławnych kobiercach, poszukiwanych szalach i pięknych turkusach. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

S t a t y s t y k a e p i d e m i j. W tygodniu od 2—8 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 35,8. Z odry umarło 5 (6 z. t.); z płonicy 1 (3 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z biegunki 14 (7 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 7 przypadkach odry, 1 krztuśca, 2 płonicy, 2 czerwonki. W tygodniu od 26 lipca do 1 sierpnia umarło z ospy w Paryżu, Pradze i Budapeszcie po 2, w Rzymie i Wenecyi po 4; w Petersburgu 6; w Londynie 10; w Wiedniu 16. Zapadło na ospę: w Wrocławiu 2, w Hamburgu 3, w Budapeszcie 14, w Wiedniu 42, w Londynie 75. Z duru osutkowego umarło w Odesie 1. Z cholery umarło w Hiszpanii od 23—30 lipca 7.410, zachorowało na nią 18.951.

S t a t y s t y k a ś m i e r t e l n o ś c i. W tygodniu od 26 lipca do 1 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 37,3; w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 24,4; w Budapeszcie 32,9; w Pradze 29,0; w Berlinie 27,9; w Gdańsku 28,2; we Wrocławiu 31,7; w Hamburgu 25,4; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1: w Amsterdamie 20,7; w Bazylei 21,2; w Brukseli 18,7; w Chrystyjanii 13,6; w Kopenhadze 19,1; w Londynie 22,4; w Odesie 45,2; w Paryżu 22,1; w Petersburgu 28,5; w Rzymie 25,8; w Stokholmie 21,3; w Wenecyi 30,7. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 sierpnia. Na wiosnę bieżącego roku zawiązało się u nas Towarzystwo kolonij wakacyjnych mających na celu zakładać i utrzymywać kolonije po wsiach, w którychby słabowite dzieci mogły w miesiącach letnich pozostawać pod stosowną opieką i pod wpływem świeżego powietrza, tudzież odpowiedniego pożywienia poprawiać się na zdrowiu. Cel poprawy zdrowia fizycznego, który sobie Towarzystwo wytknęło ma doniosłe znaczenie pod względem higijenicznym dla uboższéj ludności nietylko dla obecnéj ale i przyszłéj generacyi, dla tego nie wahamy się wspomnieć tu o pierwszych krokach naszego Towarzystwa, jakie w tym roku zrobiono. Zebrane w drodze składek fundusze dozwoliły wysłać na lipiec 10 chłopców i 10 dziewcząt i również tyle na miesiąc sierpień, któreto drugie partyje w dniu wczorajszym do Krakowa powróciły. Dzieci tak przed udaniem się do kolonij jak i po powrocie poddane zostały ścisłemu badaniu lekarskiemu, przy którém oznaczano wzrost, wagę, siłę za pomocą dynamometru, obwód klatki piersiowéj i notowano cerę twarzy, stopień odżywienia i zboczenia odżywcze. Wynik pobytu w kolonijach okazał się pod każdym względem bardzo pomyślnym mianowicie już na pierwszy rzut oka u każdego dziecka uderzała poprawa cery i odżywienia; po większéj części były to dzieci zołzowate a pod tym względem przy badaniu po powrocie znaleziono wybitne zmiany korzystne. Komisyja lekarska Komitetu Towarzystwa zajmie się obecnie naukowém zestawieniem zebranego materyjału, z którego główniejszych dat podać nie omieszkamy.

* Ministerstwo oświaty zatwierdziło rozporządzenie wydane przez radę szkolną krajową celem zapobieżenia szerzeniu się chorób zakaźnych w szkołach.

* Otrzymaliśmy zawiadomienie o rozpisaniu konkursu o nagrodę 3.000 franków ustanowioną przez bar. Leona de Lenval w Nicei, dla autora najlepszego sposobu zastósowania zasad mikrofonicznych do konstrukcyi przyrządu dającego się z łatwością nosić a poprawiającego słyszenie u chorych. Przyrządy na konkurs mają być przesłane najdaléj po koniec grudnia 1887 do jednego z członków sądu konkursowego wyznaczonego przez III międzynarodowy Zjazd otologiczny. Tylko przyrządy zupełnie wykończone będą do konkursu dopuszczone. Przy ocenieniu rozstrzygającemi będą dokładność konstrukcyi mechanicznéj, ścisłe zastósowanie praw fizycznych a głównie poprawa słyszenia jaka nastawać będzie przy użyciu przyrządów. Ogłoszenie zdania sądu konkursowego i przyznania nagrody nastąpi na IV międzynarodowym Zjeździe otologicznym w Brukselli we wrześniu 1888. Jeżeli żaden z ubiegających się o nagrodę przyrządów nie będzie uznany godnym nagrody, sąd konkursowy zastrzega sobie prawo ustanowienia nowego konkursu w r. 1888 aż do zebrania się najbliższego międzynarodowego Zjazdu otologicznego. Członkami sądu konkursowego są: prof. Dr. E. Hagenbach-Bischoff prezes sądu (z Bazylei), Dr. Benni (z Warszawy), prof. Dr. Burckardt Marian (z Bazylei), Dr. Gellé (z Paryża) i prof. Dr. Adam Politzer (z Wiednia)

* Jak powszechnie wiadomo wyrobił sobie Arcyksiąże Karol Teodor bawarski uznanie w szerokich kołach z powodu swojéj działalności lekarskiéj. Obecnie przybył nam jeszcze jeden kolega z domu panującego w osobie księcia L u d w i k a F e r d y n a n d a bawarskiego, który uzyskawszy dyplom doktorski „osiadł w Nymphenburgu koło Monachijum“.

* Z powodu duru panującego nagminnie w Wiesbadenie zbiera się tamże komisyja, mająca za zadanie zbadać i ogłosić zapatrywania swoje na przyczynę obecnéj epidemii. W skład téj komisyi wejdą między innymi: prof. P e t t e n k o f f e r, L a n g e n b e c k, S e i t z, F r e s e n i u s i pewien znawca w sporach odnoszących się do kanalizacyi.

* W Paryżu przedłożył pewien kandydat Wydziałowi lekarskiemu rozprawę promocyjną, w któréj stara się udowodnić, że sztuczne zapładnianie, wykonywane na zasadach wiedzy lekarskiéj jest możliwém, logiczném, pożyteczném i moralném. Wydział jednakże postanowił po wyczerpującéj dyskusyi odrzucić tę

rozprawę i zniszczyć wszystkie drukowane egzemplarze tejże z obawy, ażeby przez przyjęcie téj metody operacyjnéj nie stworzyć pola dla „pewnéj kategoryi mniéj skrupulatnych lekarzy“, którzyby mogli tę sposobność wyzyskiwać w celach zdolnych zachwiać spokojem rodzin i państwa.

* Do dnia 20 b. m. było w Gainfahrn gości 1079; w Giesshübl u 443; w Cieplicach czeskich 7.120; w Luhaczowicach 1.344.

* **Londyn.** *British Medical Association,* Towarzystwo rozporządzające znacznemi funduszami, postanowiło na swém 53 posiedzeniu, odbytém w Cardiff zbudować w Londynie dom na swój użytek.

* **Karlsbad** w połowie sierpnia 1885. Karlsbad wygląda świetnie i imponująco, zasługując rzeczywiście na nazwę wód wszechświatowych. Położony w wąwozie górskim, nie może swobodnie rozrastać się i nosi na sobie cechę miasta; urządzenia jednak zdrojowe, chodniki kryte zbudowane z przepychem, wynagradzają brak ten i przedstawiają się wspaniale. Okoliczne góry, do których przystęp dla zdrowszych jest zupełnie łatwy, uporządkowane, przerznięte wygodnemi drogami i ścieżkami, z prześlicznemi widokami, stanowią dla leczących się cel rozmaitych wycieczek. W ogóle na każdym kroku znać wysoką staranność miasta o utrzymanie opinii, jaką Karlsbad się cieszy. Dla tego téż Karlsbad wzrasta ciągle, przyozdabia się nowemi gmachami np. obecnie buduje się nowy teatr.

Zdrojowisko to, jak wiadomo, należy do najbardziéj uczęszczanych, w tym roku jednak liczba leczących się w porównaniu z r. z. jest mniejszą o poważną cyfrę 4,000 osób. Jaki jest powód tego, trudno dociec, zmniejszenie to jednak cyfry leczących się, odnosi się głównie do Anglików i Rosyjan. Polaków w obecnym sezonie jest bardzo dużo, tak że język polski na każdym kroku się słyszy. Po większéj części Polacy szukają porady lekarskiéj u rodaków, których tu 7 w Karlsbadzie praktykuje, potrafiwszy zjednać sobie zaufanie. Ze zdziwieniem jednak przekonałem się, że niektórzy z Polaków, leczą się u lekarzy nie swojéj narodowości. Zapytywani o przyczynę tego, odpowiadali że ich lekarze wysyłający do wód, adresują nie do swoich rodaków, czém, według mego zdania, ubliżają sami sobie i kierują się chyba nie samém tylko dobrém chorego. Anormalny ten stosunek daje się widzieć u niektórych chorych z Galicyi przysyłanych i każdego przedmiotowo nawet patrzącego kolegę musi postępowanie takie oburzać.

Wyjątkowo w obecnym czasie pogodę mamy piękną w Karlsbadzie, ranki jednak są zimne, o godzinie szóstéj rano miewamy po 4°R. W ogóle klimat Karlsbadu jest zmienny i dosyć chłodny, wybierający się tutaj powinni zawsze zaopatrywać się w ciepłe ubranie. Karlsbad posiada różnego rodzaju kąpiele, jako to: z wody słodkiéj, sprudlowe, gazowe, borowinowe. Urządzenia kąpieli są wygodne, co do elegancyi jednak ustąpić muszą maryjenbadzkim. Borowinę sprowadzają z Francensbadu. Wreszcie posiada Karlsbad i łaźnię parową z natryskami ale względnie do innych urządzeń, pozostawiają one jeszcze pewne życzenia i przedstawiają niejakie braki. Rozrywek chorzy znajdują bardzo wiele w Karlsbadzie. Mieszkania są na wszelkie ceny i odpowiednie wszelkim żądaniom, a że Karlsbad jest miejscem jedném z najdroższych, to wiadomo powszechnie.

Lekarz z Królestwa Polskiego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Dr. Aleksander Holländer, docent prywatny psychijatryi w Uniw. tutejszym, otrzymał pozwolenie wykładania neuropatologii. — **Wrocław.** Docent prywatny Dr. Karol Wernicke, został zamianowany profesorem nadzwyczajnym.

* **Nekrologjia.** Dnia 22 sierpnia r. b. w Ternówce na Podolu zakończył życie na dur brzuszny uczeń Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, Antoni Mikucki przybywszy na wakacyje do domu ojca Dra Ksawerego Mikuckiego. Nieboszczyk najgorliwiéj pracował nad nauką, zdał egzamina ścisłe i był całą nadzieją spracowanego i obarczonego liczną rodziną ojca. Oprócz wielkiego poczucia obowiązku zmarły posiadał inne nader cenne w dzisiejszéj młodzieży przymioty moralne. Rodzinę kochał nad wyraz, przywiązany był do niéj ogromnie, charakter miał nadzwyczaj prawy i szlachetny, a jeśli do tego dodać szczerość, uprzejmość, grzeczność to nic dziwnego, że w każdym kto go raz poznał musiał odrazu wzbudzić zupełną sympatyję. Jako świadek ostatnich chwil zmarłego, nie mogłem bez rozrzewnienia i zbudowania patrzeć na uroczystą chwilę śmierci, na przebijające się z konających piersi z całą siłą uczucie miłości i przywiązania do ojca. Społeczeństwo nasze straciło w zmarłym przyszłego pełnego nadziei pracownika i obywatela, któremu oby ziemia lekką była. *Dr. J. M.*

Dnia 17 b. m. zmarł w Berlinie radca sanitany Dr. Jerzy Thilenius z Soden, zasłużony około tamtejszego zdrojowiska. Zmarły był deputowanym do parlamentu niemieckiego. Nauka zawdzięcza mu gruntowne opracowanie drugiego wydania balneoterapii Helffta. — W Herrnhut zmarł Dr. Rükert, licząc lat 85. Zmarły był najstarszym homeopatą w Niemczech.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 34: Funka: Przyczynek do nauki o *Herpes zoster bilateralis*. — Nenckiego i Rakowskiego: Ekstrakt mięsny w płynie; Baranowskiego: O leczeniu ostrych gorączek (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 34: Poznańskiego: Dławiec i błonica. — Steckiego: Ciało obce wyjęte z jamy Highmora. — W *Przewodniku gimnastycznym*: Gimnastyka ze stanowiska higijeny (c. d.); Zarys ćwiczeń na skoczni (c. d.); Uroczyste otwarcie ćwiczeń w „Sokole krakowskim“; Z lwowskiéj kolonii wakacyjnéj; Urywki higijeniczne; Kronika.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. K. Grabowski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod tymcz. zarządem Bol. Dembowskiego.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 5 września 1885. **№ 36.** **Rok XXIV.**

I. Przyczynek do kazuistyki wycinania wrzodu stwardniałego.

Podał **Dr. A. Zarewicz**,
prymaryjusz oddziału chorób wenerycznych i skórnych, docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Czy przez wczesne wycięcie wrzodu stwardniałego można zapobiedz zmianom kiły następowéj, albo też osiągnąć co najmniéj łagodny przebieg kiły, jestto pytanie, którego, mimo licznych spostrzeżeń, ostatecznie jeszcze nie rozstrzygnięto. Najwymowniejszym tego dowodem był zeszłoroczny VIII Międzynarodowy kongres lekarski w Kopenhadze, na którym przedmiot ten, pomieszczony na porządku dziennym w dniu 12 sierpnia (sprawozdawcą był prof. Dr. Pick z Pragi), wywołał bardzo ożywione rozprawy, które jednakowo nie wydały pożądanych wyników. Dalsze ścisłe spostrzeżenia w tym kierunku mogą jedynie przechylić szalę wartości tego zabiegu terapeutycznego na jedną lub drugą stronę.

Tą zasadą kierując się, postanowiłem ogłosić moje przypadki w liczbie dwunastu, które o tyle jeszcze mają pewną wartość, iż przeważna ich część przez kilka lat obserwowana, może przyczynić się do wyjaśnienia wpływu wycięcia wrzodu stwardniałego na dalszy bieg choroby. Odnośną bardzo rozległą literaturę pomijam, albowiem rzecz sama, zanadto jeszcze świeża, tkwi zapewne dokładnie w pamięci tych lekarzy, których przedmiot ten zajmuje. Aby uniknąć częstego powtarzania się, podaję najprzód sposób w jaki postępowałem przy wycinaniu wrzodu pierwotnego.

Nim przystąpiono do wycięcia wrzodu wymyto dokładnie pole operacyjne 2% rozczynem kwasu karbolowego lub rozczynem sublimatu 1 *pro mille*; następnie ujęto wrzód stwardniały we fałd, poniżéj którego założono poziomo kleszczyki chirurgiczne, a zamknąwszy takowe, jedném cięciem nożyczek, poniżéj kleszczyków dokonaném, oddzielano wrzód. Narzędzia, które używano do tego aktu, zastępowano świeżemi, poprzednio dobrze w 2% rozczynie kwasu karbolowego wymytemi; następnie zeszywano brzegi rany i zakładano opatrunek antyseptyczny. Po operacyi zalecano chorym spokojne zachowanie się przez kilka godzin. Zbyteczne naprężanie członka zwalczać należy przez powszechnie znane odpowiednie postępowanie. Jaki bywał przebieg gojenia się rany, sądzę iż to nam dostatecznie wykażą historyje operowanych przypadków.

W końcu nadmieniam, iż wycinania wrzodu u mężczyzn dokonywano jedynie w tych przypadkach, w których siedzibą wrzodu była wewnętrzna lub zewnętrzna strona napletka lub skóra prącia, albowiem na częściach płciowych mężczyzn jedynie te miejsca przystępne są dla dokładnego wycięcia.

1) W. K., lat 27 liczący, czeladnik szewski, przyjętym został na oddział dla chorób wenerycznych w dniu 6ym marca 1878. Cierpienie ma trwać dopiero od dni 9 i mimo czystości, jaką chory zachowuje, nie okazuje żadnéj dążności do gojenia. W ile dni po spółkowaniu cierpienie wystąpiło pacyjent podać nie umie. W. K. był dotąd zawsze zdrowym, odżywienie jego było bardzo dobre. Na zewnętrznéj stronie napletka po stronie prawéj znajdowały się dwie małe ekskoryjacyje, których powierzchnia pokryta była skąpą wypociną o podstawie nieznacznie stwardniałéj. Gruczoły pachwinowe były po obu stronach nieznacznie powiększone. Zresztą nie zauważono u chorego żadnych zmian. Rozpoznanie pozostawiono na razie w zawieszeniu a choremu polecono czystość i przymoczkę z azotanu srebrowego. Skoro atoli w następnych czterech dniach obie ranki powiększyły się, podstawa ich stała się zbitszą, a gruczoły pachwinowe nieco się powiększyły, postanowiłem, mając już uzasadnione dane do rozpoznania wrzodu stwardniałego, usunąć takowy przez wycięcie, które też w d. 11/3 wykonałem. Po wycięciu wrzodu okazało się koniecznem podwiązanie małéj tętniczki. Rana zagoiła się w przeważnéj części przez rychłozrost, naokoło jednak miejsca, w którém podwiązano tętniczkę, nastąpiło zagojenie przez ropienie. W następnych trzech dniach po wycięciu wrzodu gruczoły

pachwinowe po obu stronach miernie powiększyły się i przybrały charakter właściwy gruczołom, które towarzyszą wrzodowi stwardniałemu. W miejscu wyciętych wrzodów utrzymywała się mierna, bliźnie właściwa, zbitość tkanki.

W dniu 2/4 1878 wypuszczono chorego na własne żądanie ze szpitala, stwierdziwszy następujący stan: w miejscu tém, w którém gojenie nastąpiło przez ropienie, utrzymywała się bardzo mierna zbitość, — gruczoły karkowe i barkowe nie były powiększone, gruczoły pachwinowe utrzymują się niezmiennie powiększone. W jamie ustnéj i na skórze nie było zmian.

W dniu 12/8 1878 chory zgłosił się ponownie do szpitala, skarżąc się na lekki ból gardła i na wysypkę na skórze, która trwa blisko od trzech tygodni. Badanie wykazało: powierzchowne kłykciny sączące na obu łukach gardłowych, na skórze tułowia i odnóg górnych gęste plamy kiłowe, w miejscu obu wyciętych wrzodów linijne blizny, około odbytu znajdowała się jedna powierzchowna kłykcina sącząca; z gruczołów nieco tylko wybitniéj powiększonym był gruczoł barkowy prawy, gruczoły zaś pachwinowe nie były wcale powiększone. Świeżego zarażenia się wykryć nie można było, co zresztą zgadza się z opowiadaniem pacyjenta. Choremu polecono wcierania z 2·00 szaruchy. Po 25 wcieraniach, w czasie których wszystkie zmiany ustąpiły, wypuszczono chorego ze szpitala. Od tego czasu pacyjenta więcéj nie widziałem i dla tego o dalszym przebiegu cierpienia nic powiedzieć nie mogę. Zważywszy jednak, iż w Krakowie istnieje tylko jeden szpital dla chorych wenerycznych, a w tym chory aż po dziś dzień wcale nie był leczonym, przypuścić mogę z pewném prawdopodobieństwem, iż choroba jego co najmniéj nie powróciła w tym stopniu, iżby uwagę pacyjenta na siebie zwróciła.

W przypadku powyższym wycięto wrzód około 14 dnia jego istnienia, rana zagoiła się w przeważnéj części przez rychłozrost, gruczoły pachwinowe z początku były nieznacznie powiększone, na trzeci jednak dzień po wycięciu nieco więcéj się powiększyły, z innych gruczołów był tylko gruczoł barkowy prawy nieco wybitniéj powiększonym. Zmiany następowe wystąpiły dopiero 146 dnia (jeżeli podania chorego przyjmiemy za prawdziwe), a zmiany te bezwarunkowo za łagodne uważać należy.

2) Andrzéj R., l. 21 liczący, czeladnik ślusarski, przyjęty został na oddział dla chorób wenerycznych w dniu 24 marca 1879 r. Pacyjent jest dobrze odżywionym, podaje, iż cierpienie jego trwa od 3ch tygodni, nie może jednak dokładnie oznaczyć w ile dni po spółkowaniu choroba wystąpiła. Przy badaniu zauważono na grzbiecie członka wrzód stwardniały do wielkości niespełna centa dochodzący, o powierzchni gładkiéj, ciemnoczerwonéj, lśniącéj, skąpą i rzadką wydzieliną pokrytéj, o podstawie stwardniałéj. W obu pachwinach były gruczoły powiększone, twarde i niebolesne; inne gruczoły nie były zajęte. Na skórze klatki piersiowéj znajdował się łupież pstry *(Pityryasis versicolor)*. W przypadku tym przystąpiono natychmiast (25/3) do wycięcia wrzodu, ranę zaszyto, opatrunek założono z waty karbolowéj 10%. W d. 27/3 przy zdjęciu opatrunku nie zauważono ani obrzmienia ani zaczerwienienia skóry ranę otaczającéj. Szwy odjęto, rana nie zagoiła się przez rychłozrost, brzegi rany oddalone były od siebie zaledwie na kilka milimetrów, powierzchnia rany pokrytą była skąpą ilością ropy. W d. 8/4 1879 rana była zupełnie zagojoną i okazywała tylko nieznaczną zbitość, bliźnie właściwą. Gruczoły pachwinowe zmniejszyły się, z innych gruczołów tylko wyczuć się dawały gruczoły barkowe po stronie prawéj. Chory opuścił szpital z poleceniem pojawienia się w razie gdyby zauważył jakie zmiany następowe.

W d. 28/4 r. 1879 chory powrócił do szpitala z powodu zmian, które od kilku dni zauważył. Badanie wykazało: gruczoły karkowe zaledwie wymacać się dają, barkowe po stronie prawéj powiększone, pachwinowe były po obu stronach powiększone, zbitości twardéj, niebolesne. W jamie ustnéj zaczerwienienie całego podniebienia miękkiego ściśle na granicy twardego odgraniczone, z lekkim szarym nalotem łuków. Na tułowiu i odnogach górnych skąpa rozsiana wysypka plamista wyniosła, tu i owdzie z guzkami kiłowemi pomięszana. Wysypka ta nieco liczniéj wystąpiła na ramionach, w okolicy pachowéj po jednéj i drugiéj stronie, także na wewnętrznéj stronie obu barków. Na czole w pobliżu łuku brwiowego prawego, na samym łuku brwiowym prawym i na kości goleniowéj lewéj w górnéj jéj części znajdowały się mierne obrzęki od okostnéj pochodzące, ze skórą niezaczerwienioną, przesuwalną. Obrzęki te przy ucisku sprowadzały choremu mierny ból. Na prąciu w miejscu wycięcia wrzodu linijna blizna sinawo czerwona z konsystencyją bliźnie właściwą. Na mosznach i około odbytu nie było żadnych zmian. Zalecono choremu wcierania maści szaréj z 3·0 na dawkę. Wcierań tych zrobił chory 30. W dniu wyjścia chorego ze szpitala (31/5) zapisano w historyi choroby następujący stan: zmiany na skórze, na błonie śluzowéj i na okostnéj ustąpiły, gruczoły pachwinowe po obu stronach zmniejszyły się, barkowe po stronie prawéj wymacalne, a karkowe wcale niepowiększone.

W przypadku tym wycięto wrzód 21 dnia jego trwania, rana zagoiła się w 14 dniach przez ropienie, po wycięciu wrzodu stwardniałego zmniejszyły się gruczoły pachwinowe. Zmiany ogólne wystąpiły około mniéj więcéj 56 dnia (od czasu pojawienia się zmiany pierwotnéj licząc), a jakkolwiek zajęte były prócz skóry, błona śluzowa jamy ustnéj i okostna, toć mimo to przyznać należy, iż wszystkie te zmiany odznaczały się miernem natężeniem, tak że przypadku tego nie waham się zaliczyć również do łagodnie przebiegających przypadków kiły. Czy u chorego kiła powróciła nie jest mi wiadomo, w szpitalu jednak krakowskim więcéj razy nie był leczonym.

3) W. K., l. 35 liczący, obywatel, jest dobrze odżywionym. Chory twierdzi, iż po raz ostatni spółkował na tydzień przed pojawieniem się obecnéj zmiany chorobowéj; przyczynę powstania cierpienia przypisuje ostatniemu spółkowaniu. Pierwsze objawy zauważył d. 25/5 1879 a po raz pierwszy był badany w dniu 27 tegoż miesiąca. W dniu tym na wewnętrznéj stronie napletka po stronie lewéj w oddaleniu niespełna 1cm. od rowka zażołędnego znajdowała się ekskoryjacyja wielkości małego grochu, cienkim strupkiem pokryta. Podstawa jéj była lekko naciekła, nieco rozmiary ranki przekraczająca. Po odmoczeniu strupka ekskoryjacyja przedstawiała gładką ciemno-czerwoną powierzchnię. W obu pachwinach ani śladu powiększenia gruczołów. Nie mogąc nic stanowczego powiedzieć co do natury ekskoryjacyi poleciłem czystość i przemoczkę azotanu srebrowego w stosunku 1:300. We dwa dni później, t. j. w dniu 29/5, ekskoryjacyja nieco się powiększyła, powierzchnia jéj ciemno-czerwona w środku samym miseczkowato się zagłębiła, okazując zarazem w miejscu zagłębienia szarą ściśle przylegającą wypocinę. Podstawa ekskoryjacyi przybrała na zbitości, skóra otaczająca rankę była lekko zaczerwienioną. W pachwinie lewéj wyczuć można było lekko powiększony gruczoł, przy naciskaniu niebolesny. Z przebiegu i przypadów towarzyszących nabyłem pewności o naturze zmiany chorobowéj, dla tego téż tego samego dnia, zgodnie z życzeniem pacyjenta, wyciąłem wrzód stwardniały. Po wycięciu okazało się koniecznem podwiązanie małéj lecz uporczywie broczącéj tętniczki. Brzegi rany zeszyto i założono opatrunek z 11% waty salicylowéj; choremu zalecono leżenie w łóżku.

W d. 31/5 rano zdjęto po raz pierwszy opatrunek; rana prócz lewego jéj kąta, w którém podwiązano tętniczkę, była zupełnie zagojoną, obrzmienia lub zaczerwienienia naokoło rany nie zauważyłem żadnego. Szwy odjęto, opatrunek założono taki sam jak bezpośrednio po operacyi. Gruczoł pachwinowy lewy wcale się nie powiększył.

Dalszy przebieg był następujący: zagojenie rany utrzymywało się stale, miejsce operowane nie okazuje żadnego nacieku; po stronie jednak lewéj naokoło niedającéj się oddzielić przewiązki (*ligatura*) wytworzyło się małe obrzmienie, z którego za uciskiem wydzieliła się kropelka ropy. Po odejściu jednak przewiązki ranka zagoiła się w 4 dni, a obrzmienie zwolna ustąpiło.

W dniu 16 po wycięciu wrzodu gruczoł pachwinowy lewy powiększył się doszedłszy do wielkości sporego orzecha laskowego.

Do dnia 11/9 mimo to, iż chory co 3 dni był badanym, nie zauważyłem żadnych zboczeń, w tym dniu zaś stan chorego przedstawił się jak następuje: gruczoły karkowe niezajęte, gruczoły barkowe po obu stronach lekko powiększone, więcéj jednak po stronie lewéj, niż po stronie prawéj, gruczoł pachwinowy lewy pozostał w tym samym stopniu powiększony, do jakiego doszedł w kilka dni po operacyi. Na łuku podniebiennym prawym i na migdałku prawym zauważono powierzchowną kłykcinę sączącą, którą przytuszowano kamieniem piekielnym. Choremu polecono prócz tego płukać jamę ustną 2% rozczynem chloranu potasowego. W miejscu wyciętego wrzodu najmniejszego śladu jakiegokolwiek nacieku.

Główne zmiany następowe wystąpiły dopiero dnia 16/9 w formie plam gęsto po wewnętrznéj stronie obu przedbarczy nagromadzonych, rzadziéj po wewnętrznéj stronie obu barków, a bardzo skąpo po bokach klatki piersiowéj i na brzuchu. Zmiany w jamie ustnéj polepszyły się śród leczenia miejscowego, na górnéj jednak wardze ust wystąpiła świeża mała kłykcina sącząca.

Skoro do dnia 20/9 nie zaszły żadne zmiany w powyżéj opisanym stanie chorobowym, rozpoczęto w dniu tym leczenie ogólne za pomocą wcierań z szaruchy w ilości 3·00 na dawkę. Wcierań tych chory zrobił 30, jakkolwiek do usunięcia zmian niespełna połowa tychże była wystarczającą. Od tego czasu aż do dnia dzisiejszego często widuję pacyjenta, i aż dotychczas nie zauważyłem u niego żadnego powrotu choroby.

W powyższym przypadku pierwsze objawy następowe wystąpiły w 110 dni od czasu pojawienia się wrzodu pierwotnego, jako zmiany w jamie ustnéj. Zmiany ogólne były bardzo łagodne. Wrzód wycięto dnia piątego, zagojenie nastąpiło przez rychłozrost niemal na całéj przestrzeni z wyjątkiem miejsca, w którém podwiązano tętniczkę, a gdzie aż do odejścia przewiązki utrzymywało się małe ropienie. W dniu 16, licząc od wycięcia wrzodu, powiększył się gruczoł pachwinowy. Powrotów choroby jak dotąd, a zatém przez przeciąg czasu lat z górą pięciu, nie było żadnych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z Dorpackiego Zakładu farmakologicznego.

Ilość i własności żelaza narządów w jednym przypadku cukromoczu (*Diabetes mellitus*).

Podał Dr. Stanisław Szczepan Zaleski,
Asystent tegoż Zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Metody ilościowego oznaczania żelaza.

Za punkt wyjścia przy wyborze tych metod przyjęto, ażeby rozbiór za pomocą miareczkowania kameleonem służył jednocześnie za kontrolę rozbioru przez ważenie. Otrzymanie tak jedną jak i drugą drogą jednych i tych samych, albo téż bliskich sobie, wyników jest dla pracującego najlepszą rękojmią ścisłości. Gdzie się tylko dało, użyto do spopielenia możliwie wielkich ilości narządów, aby t. zw. błąd ze spostrzeżeń jak najwięcéj zredukować. Samo spopielanie pokrajanego (gdzie to było niezbędném) na kawałki narządu odbywało się w dużych, platynowych miskach po dodaniu odpowiedniéj ilości sody. Zwęgloną masę wytrawiano wodą, przyczém przesączyna nigdy nie zawierała żelaza. Osad, nierozpuszczalny w wodzie, wraz z sączkiem bez popiołu ulegał ponownemu spopieleniu. W ten sposób otrzymywałem zawsze zupełne spopielenie narządu i całkiem bez strat spostrzedz się dających. To téż uważam drogę tę i dla przyszłych badań tego rodzaju za najpewniéj i najrychléj prowadzącą do celu, a przedewszystkiém nie wymagającą tyle zachodu, ile np. metoda spopielania podana przez Stachela (*Der Eisengehalt in Leber und Milz nach verschiedenen Krankheiten. Virch. Arch.* 1881, Tom 85, str. 26). Rozpuszczoną całkowicie w kw. solnym spopielinę zobojętniano amonijakiem aż do nastania słabo-kwaśnego oddziaływania i dodawano następnie octanu amonowego na zimno. Nadmiar kw. fosforowego w stosunku do żelaza okazał się tylko w wątrobie, szpiku kostnym, mózgu i trzustce. W tych przeto narządach oznaczano żelazo jako fosforan zwykłą drogą, a następnie zważony fosforan żelaza na nowo rozpuszczano w kw. solnym, odparowywano kw. solny prawie zupełnie, do pozostałości dodawano kw. siarkowego, redukowano w znany sposób za pomocą zynku i miareczkowano, przyczém titr był oznaczony na metaliczne żelazo. Ponieważ z popiołu, pochodzącego ze śledziony, wydzielił się za dodaniem octanu amonowego obfity brunatno-czerwonawy osad, świadczący o nadmiarze żelaza w stosunku do kw. fosforowego, zagrzano przeto całą masę na porcelanowéj miseczce, zobojętniono nadmiar kw. octowego amonijakiem aż do nastania słabo-kwaśnego oddziaływania, odcedzono na gorąco, przemyto gorącą wodą, zawierającą octan amonowy i przekonawszy się, że przesączyna nie zawiera żelaza, wysuszono osad i wyprażono go po spaleniu sączka. Otrzymano w ten sposób niedokwas wraz z fosforanem żelaza. Przez rozpuszczenie masy w kw. solnym i miareczkowanie w sposób powyżéj wskazany, otrzymano w tym razie ilość żelaza jedną tylko metodą. Jeszcze w inny sposób oznaczano żelazo we krwi, gdzie téż nie było nadmiaru kw. fosforowego w stosunku do żelaza. Po rozpuszczeniu popiołu w kw. solnym i dodaniu kw. winowego, a potém amonijaku, strącano żelazo jako siarczek za pomocą siarczku amonu. Po otrzymaniu w znany sposób z siarczku żelaza niedokwasu żelaza, zważono ten ostatni i znów w podany sposób miareczkowano. Żółć (10,2433) zawierała tylko ślady żelaza ilościowo oznaczyć się niedające. Jako fosforan żelaza nie wydzielił się z niéj żaden zgoła osad, jako siarczek żelaza za pomocą siarczku amonowego kilka zaledwie kłaczków czarnych po długiém trzymaniu w cieple roztworu zielonawego. Przez cały ciąg rozbioru używano wyłącznie sączków bez popiołu i odczynników, które wpierw wypróbowano, iż nie zawierają żelaza.

Oznaczenia suchéj istoty każdego z wymienionych narządów dokonywano przy 110°C. z wyjątkiem mózgu, który z wiadomych względów suszono przy 90°C., a potém w próżni nad kw. siarkowym. Zarówno nasze jak i wszystkie dotąd

ogłoszone rozbiory narządów co do żelaza, ściśle biorąc, nie wyrażają istotnéj ilości żelaza w nich zawartéj, ponieważ i krew każdego organu spopieleniu uledz musiała. Na żywych zwierzętach można krew z narządów zupełnie usunąć przez przepłukanie ich naczyń. Daje się też to niekiedy osiągnąć i na świeżych jeszcze narządach po natychmiastowém wyjęciu ich z ustroju tylkoco zabitego zwierzęcia i przepłukaniu. W szeregu dotąd nieogłoszonych doświadczeń [1]) oznaczyłem w ten sposób ilość żelaza w wątrobie i śledzionie. Inaczéj rzecz się ma z narządami z trupów, zazwyczaj nieświeżemi, te bowiem bezwarunkowo przepłukać się nie dają. Dla tego téż jedyna droga dla oznaczenia w nich istotnéj ilości żelaza polegaćby powinna na oznaczeniu średniéj ilości krwi dla każdego narządu z osobna i na odjęciu ilości żelaza na krew przypadającéj, od ogólnéj ilości żelaza w narządzie. Według prac Rankego (*Die Blutvertheilung itd. Leipzig, 1871. cf. Ber. üb. d. Fortschr. d. An. u. Physiol. v. Henle itd. 1871, str. 193*), Gscheidlena (*Würzb. physiol. Unters. III, p. 141 cf., Med. Cntrbl., 1869, p. 277*) i Flüggego (*Ueber den Nachweis des Stoffwechsels in der Leber. Zeit. f. Biol. 1877, Bd. 13 p. 133*) ilość krwi wynosi w okrągłych cyfrach: w wątrobie 28%, śledzionie 12,5%, mózgu i rdzeniu przedłużonym 5,5%. Ilości te odnieść jednak należy do krwi, będącéj w danéj chwili w obiegu i przez podwiązanie naczyń w odpowiednim narządzie zatrzymanéj. Dla naszego przypadku, gdzie masa krwi wyciekła z mniejszych i większych naczyń pokrajanych narządów, mają one tylko bardzo względną wartość, a jak dalece względną, przekonywa najdowodniéj obliczenie, dokonane w ten sposób dla wątroby. Średnia ilość jéj żelaza wynosi, według podanych poniżéj rozbiorów 0,0165%. Dla 28% krwi téj wątroby wypada z obliczenia 0,0207 żelaza, ponieważ krew choréj na cukromocz zawiera go 0,0742%; otrzymuje się więc tym sposobem wynik ujemny, gdyż 0,0207 żelaza krwi w wątrobie przedstawia ilość o 0,0042 większą, aniżeli ilość żelaza, przypadająca na całą wątrobę, poddaną rozbiorowi (0,0165%). Wzajemna zgodność rozbiorów krwi co do ilości żelaza przez ważenie i przez miareczkowanie wyklucza wszelki błąd z téj strony. Jedynie więc przyjąć należy, że cyfrę 28% dla pokrajanéj na kawałki wątroby, zawierającéj nadto tak szerokie naczynia, jak *v. cava* i *v. portae*, za nadto wysoko obliczono. Nadto wobec makrochemicznych wyż wymienionych odczynów obecność żelaza w saméj istocie tkanek wątroby żadnéj zgoła wątpliwości nie ulega. Inne są wyniki dla śledziony i dla mózgu, jeżeli od ilości żelaza przypadającéj na każdy z tych narządów odejmiemy ilości tegoż dla 12,5% wzgl. 5,5% krwi, na istotę śledziony przypadałoby w takim razie 0,0428% Fe, na istotę mózgu — 0,0002% Fe. Obie te wartości, jakkolwiek nieujemne, są jednakże — rzecz oczywista — o wiele za niskie. Ponieważ droga przypuszczalnego, choć racyjonalnego, obliczenia bardzo jest zwodniczą, jak przykład wątroby nauczył, nie pozostawało nic innego, jak zgodnie z resztą autorów uważać wartości otrzymane wprost i bez żadnéj redukcyi za prawidłowe ilości żelaza w danym narządzie.

Wyniki ilościowego oznaczania żelaza.

1. Krew.

przez ważenie 0,0766%Fe we krwi 0,3826%Fe w suchéj ist. krwi,
„ miareczk. 0,0719% „ „ „ 0,3591% „ „ „ „ „
średnio 0,0742% „ „ „ 0,3708% „ „ „ „ „ .

[1]) Wzmianka o nich patrz: W. Podwysocki: O farmakologii żelaza. Przegl. Lek., 1885, Nr. 19—23.

2. Wątroba.

przez ważenie I rozbiór: 0,0169%Fe w wątrobie
„ „ II „ 0,0162% „ „ „
przez miareczkow. I „ 0,0170% „ „ „
„ „ II „ 0,0159% „ „ „
średnio: 0,0165% „ „ „
czyli: 0,0685% „ w suchéj ist. wątr.

3. Śledziona.

przez miareczkowanie: 0,0521%Fe w śledzionie
czyli: 0,2240% „ „ suchéj istocie śledziony.

4. Szpik kostny.

przez ważenie: 0,0131%Fe w szpiku kostnym
„ miareczk.: 0,0163% „ „ „ „
średnio: 0,0147% „ „ „ „
czyli: 0,0171% „ „ such. ist. (i tłuszczu) szpiku kost.

5. Żółć.

Zawiera zaledwie ślady żelaza.

6. Trzustka.

przez ważenie: 0,0118%Fe w trzustce
„ miareczk.: 0,0132% „ „ „
średnio: 0,0125% „ „ „
czyli: 0,0440% „ „ w suchéj istocie trzustki.

7. Mózg.

przez ważenie: 0,0046%Fe w mózgu
„ miareczk.: 0,0038% „ „ „
średnio: 0,0042% „ „ „
czyli: 0,0166% „ „ suchéj istocie mózgu.

Dowody w liczbach.

1. Krew.

A) Oznaczenie suchéj istoty:

Odważono: 1,9059 krwi
po wysuszeniu stracono: 1,5244 „
zatém: 0,3815 suchéj istoty we krwi
czyli: 20,02% „ „ „ „ .

B) Oznaczenie żelaza:

Spopielono: 46,9632 krwi
przez ważenie otrzymano: 0,0514 Fe_2O_3 = 0,0359 Fe
zużyto kameleonu 66,00 sz. cm. co odpowiada: 0,0337 „
titr kameleonu: 0,000512.

2. Wątroba.

A) Oznaczenie suchéj istoty:

I. Rozbiór: odważono: 3,3058 wątroby
po wysuszeniu stracono: 2,5101 „
zatém: 0,7957 suchéj istoty w wątrobie
czyli: 24,069% „ „ „ „ .

II. Rozbiór: odważono: 2,9714 wątroby
po wysuszeniu stracono: 2,2552 „
zatém: 0,7162 suchéj istoty w wątrobie
czyli: 24,103% „ „ „ „
średnio z obu rozbiorów: 24,086% „ „ „ „ .

B) Oznaczenie żelaza.

I. Rozbiór: Spopielono 135,15 wątroby
przez ważenie otrzymano: 0,0617 $Fe_2(SO_4)_2$ = 0,0228 Fe
zużyto kameleonu: 44,95 sz. cm. co odpowiada: 0,0230 „
titr kameleonu: 0,000512.

II. Rozbiór: Spopielono: 154,40 wątroby
przez ważenie otrzymano: 0,0676 $Fe_2(SO_4)_2$ = 0,0250 Fe
zużyto kameleonu: 47,80 sz. cm. co odpowiada 0,0244 „
titr kameleonu: 0,000125.

3. Śledziona.

A) Oznaczenie suchéj istoty:

Odważono: 1,3963 śledziony
po wysuszeniu stracono: 1,0725 „
zatém: 0,3238 suchéj istoty w śledzionie
czyli: 23,26% „ „ „ „

B) Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 95,07 śledziony
zużyto kameleonu: 96,80 sz cm. co odpowiada 0,0495Fe
titr kameleonu 0,000512.

4. Szpik kostny.

A) Oznaczenie suchéj istoty:

Odważono: 0,8535 szpiku kostnego
po wysuszeniu stracono: 0,1252 „ „
zatém: 0,7283 such. ist. (i tłuszczu) w szp. kost.
czyli: 85,33% „ „ „ „ „ „

B) Oznaczenie żelaza:

Spopielono 7,6793 szpiku kostnego
przez ważenie otrzymano: 0,0027$Fe_2(PO_4)_2$=0,0010Fe
zużyto kameleonu 2,45 sz. cm. co odpowiada 0,0011 „
titr kameleonu: 0,000512.

5. Trzustka.

A) Oznaczenie suchéj istoty:

Odważono: 1,1837 trzustki
po wysuszeniu stracono: 0,8502 „
zatém: 0,3335 suchéj ist. (i tłuszczu) w trzustce
czyli: 28,17% „ „ „ „ „

B) Oznaczenie żelaza:

Spopielono: 68,30 trzustki
przez ważenie otrzymano: 0,0217$Fe_2(PO_4)_2$=0,0080Fe
zużyto kameleonu 17,55 sz. cm. co odpowiada 0,0089 „
titr kameleonu 0,000512.

6. Mózg.

A) Oznaczenie suchéj istoty:

Odważono: 1,8604 mózgu
po wysuszeniu stracono: 1,3878 „
zatém: 0,4726 suchéj istoty w mózgu
czyli: 25,43% „ „ „ „

B) Oznaczenie żelaza:

Spopielono: 168,10 mózgu
przez ważenie otrzymano: 0,0210$Fe_2(PO_4)_2$=0,0077Fe
zużyto kameleonu 12,60 sz. cm. co odpowiada 0,0064 „
titr kameleonu: 0,000512.

Własności żelaza w narządach.

Makro- (wzgl. mikro-) chemiczne odczyny wskazują, że żelazo przenika całą tkankę narządu, którego składnik stanowi. Wnosić ztąd należy, że stanowi ono część integralną każdéj zapewne komórki, a przedewszystkiém jéj protoplazmy. Wniosek podobny stwierdza doświadczenie: kawałek wątroby lub śledziony, wygnieciony przez gałganek w destylowanéj wodzie, albo w 0,75% roztworze soli kuchennéj, daje płyn mętny, w którym zawarte są nienaruszone w swéj całości oddzielne komórki narządu, podczas gdy tkanka łączna tegoż w płatku płótna pozostaje. Z mętnego płynu osadzają się po niejakim czasie na dnie komórki. Jeżeli zlejemy z nich brudny i krwisty płyn, przemyjemy je kilkakrotnie i zbierzemy na porcelanowéj miseczce, albo szkiełku od zegarka, wykonamy z niemi odczyny na żelazo, jakie powyżéj podano, otrzymamy zupełnie te same zjawiska, tj. wyraźne zabarwienie za każdym razem, gdy komórki w większéj są masie, mniéj wyraźne gdy w mniejszéj. Według badań Bungego (*Ueber die Assimilation des Eisens. Zeitschr. f. physiol. Chem.* 1885, IX Heft 1) roztwór 10 cm. sz. 25% kw. solnego w 90 cm. sz. 96% wyskoku wyciąga bezwarunkowo nieorganiczne związki żelaza, jeżeli ciała, w których się one znajdują, wody zupełnie pozbawimy. Dla tegotéż pragnąc się przekonać, jakiéj przyrody jest żelazo narządów u chorych na cukrzycę, nalewałem kawałki narządów, poprzednio dokładnie przy 110°C. wysuszone, wspomnianą mięszaniną. Okazało się, że płyn przez Bungego podany, już po godzinie niespełna dawał wyraźny odczyn żelaza. Aby usunąć zarzut, że wysoka ciepłota 110°C. rozkładała organiczne związki żelaza, albo téż że żelazo, wyciągnięte przez wyskok i kw. solny pochodzi z surowicy krwi narządów, rozcierałem kawałki narządów w 96% wyskoku leżące na papkowatą masę, przemywałem tę ostatnią wielokrotnie 96% wyskokiem i dopiero wtedy zalewałem płynem Bungego. I w tym razie przesączyna już po godzinie lub dwóch dawała wyraźne odczyny żelaza. Ograniczając się do tego faktu wyłącznie, przyjąćby należało, że żelazo w narządach u choréj na cukromocz, częściowo przynajmniéj, zawarte jest jako związek nieorganiczny. Wnioskowi jednak podobnemu przeczą bezwarunkowo makro- i mikro-chemiczne odczyny. Widzieliśmy, że zabarwienie pod wpływem żelasinku potasu występuje dopiero za dodaniem odpowiedniéj ilości kw. solnego. Nadto ani kw. garbnikowy, ani salicylan sodu, odczynniki, według ustnych zapewnień Bungego, dla nieorganicznych połączeń żelaza bez wolnego kwasu niezawodzące nie dają w danym razie żadnego zgoła odczynu.

Z pracy Podwysockiego (ojca) wiadomo, że w sposób podobny zachowują się sztuczne białkany żelaza (Podwysocki l. c.), które jednak, jak stwierdził Bunge, oddają swoje żelazo do roztworu kw. solnego i wyskoku (Bunge l. c., p. 52). Dla tego téż nie należy do nieprawdopodobieństw, że żelazo narządów zawarte jest w nich w postaci białkanów. Mniéj jest prawdopodobném, że żelazo narządów stanowi t. zw. Nucleo związek, identyczny, albo analogiczny z hematogenem Bungego, którego jak wiadomo, charakterystyczną własność stanowi to że żelaza swego nie oddaje do roztworu kw. solnego w wyskoku przyrządzonego w stosunkach przez Bungego podanych.

Dla komórek wątroby Plosz określił (*Ueber die eiweissartigen Substanzen der Leberzelle. Pflüg. Arch. f. Physiol.* 1873. VII. p. 371) bliżéj cały szereg istot białkowatych, dla tego więc narządu specyjalnie przyjęcie żelaza jako związku z białkiem, najwięcéj istocie rzeczy odpowiadać się zdaje. Przypuszczenie to potwierdzają także moje własne doświadczenia na wątrobach zwierzęcych, zupełnie krwi pozbawionych. W każdéj z istot białkowatych wątroby, przez Plosza wskazanych, wykryłem żelazo.

Fakt, że odczyny z siarsinkiem potasu i żelasinkiem potasu nigdy nie zawodzą, gdy nadżelasinek potasu **nigdy odczynu nie daje**[1], każe nam przypuszczać, że żelazo z istotami białkowatemi tworzy t. zw. **białkan żelazawy**. Nieprawdopodobném wydaje się, aby dodanie kropli roz-

[1] Wyjątek stanowi żółć. W ten sposób udało mi się wykryć, że żelazo stanowi w żółci połączenie, odpowiadające niedokwasowi. Ma to miejsce nietylko dla żółci w podanym przypadku cukromoczu, lecz i dla żółci w ogóle. Bliższe szczegóły w tym względzie podam niedługo w osobnéj pracy do wiadomości ogółu. *Przyp. autora.*

cieńczonego kw. solnego w zwykłéj ciepłocie pociągnąć za sobą miało całkowite w jednéj chwili, utlenienie białkanu żelazawego na białkan żelazowy.

Zestawiając wyniki zbadanego przypadku z wynikami podanego przez Quinckego spostrzegamy następujące charakterystyczne różnice: Ani brunatnawo-rdzawy barwik narządów, ani jakiekolwiekbądź oddzielne miejsca tychże nie dają w naszym przypadku żadnego zgoła odczynu żelaza w postaci bądź oddzielnych, bądź skupionych ziarn lub bryłek, jak to miało miejsce w przypadku Quinckego. Nadto kora mózgowa, przez nas badana, bezwarunkowo daje odczyn żelaza i względnie nawet silniejszy, niż istota rdzenna mózgu; w przypadku Quinckego jestto jedyny narząd zawodzący w odczynie żelaza na siarczek amonu. Wreszcie ilości żelaza w wątrobie naszego przypadku cukromoczu, same przez się niewielkie przedstawiają się jako nader małe w porównaniu z ogromną ilością 3,607%Fe dla suchéj istoty podaną przez Quinckego.

O ile ilości żelaza w narządach naszego przypadku różnią się od ilości żelaza w narządach zupełnie prawidłowych, powiedzieć dziś trudno, ponieważ brak zupełnie rozbiorów co do żelaza w bezwzględnie prawidłowych narządach. Rozpocząłem wprawdzie badania w tym kierunku dzięki uprzejmości prof. med. sąd. Körbera, który mi przyrzekł pozostawić do rozporządzenia po dokonanéj sekcyi wszelkie przypadki morderstw, zakończonych nagłą śmiercią. Zebrałem jednak dotąd bardzo mało spostrzeżeń. Gdyby i kto inny podjął pracę w tym kiśrunku w miastach, gdzie odnośna kazuistyka liczniejsza, wypełniłby jednę z ważniejszych szczerb spółczesnéj fizyjologii.

Wyniki pracy niniejszéj streścić się dają w następujący sposób:

1) Żelazo zawarte jest w narządach w dwóch postaciach: w jednéj z nich przenika na wskroś całą tkankę narządu, w drugiéj tworzy osobne złogi; bardzo być może, że istnieje jeszcze i trzecia skombinowana postać dla żelaza (t. j. jednolitego przenikania całéj tkanki i złogów niezależnie od siebie).

2) W pierwszéj swéj postaci stanowi żelazo integralną część komórek danego narządu (przynajmniéj w śledzionie i wątrobie).

3) Przy stosowaniu odczynników żelaza wprost na dany narząd należy przedewszystkiem wykonywać próby makrochemiczne.

4) Mikroskop sam przez się jest środkiem do badania mikrochemicznych odczynów pewnym tylko o tyle, o ile żelazo zawarte jest w narządach w postaci osobnych złogów, duże ilości tegoż zawierających.

5) Brunatno-rdzawe złogi barwika, spostrzegalne pod mikroskopem w wielu narządach jako bardzo częste anatomopatologiczne zjawisko, nie w każdym przypadku cukromoczu dają odczyn żelaza.

6) *Siderosis* narządów w pojęciu Quinckego (żelazo w postaci złogów w narządach) nie jest w cukromoczu zjawiskiem stałém.

7) Nadmierne ilości żelaza w wątrobie i innych narządach (o ile o nadmiernych ilościach może być mowa z powodu braku rozbiorów co do ilości żelaza w prawidłowych narządach) nie są stałym objawem każdego przypadku cukromoczu.

8) W opisanym powyżéj przypadku znajduje się żelazo w narządach w postaci mniéj trwałego związku organicznego, zapewne w połączeniu z istotami białkowatemi jako ich niedokwas.

9) Nie we wszystkich przypadkach cukromoczu brak jest odczynów żelaza ze strony mózgu.

10) Ilość żelaza we krwi może być w cukromoczu stosunkowo nawet dość znacznie po nad ilość prawidłową zwiększoną [0,0742% : 0,055% (Stachel)].

Makro- i mikrochemiczne preparaty z niniejszego przypadku okazano prof. Thomie. Stud. med. tutejszego Uniwersytetu p. Szymonowi Epszteinowi, składam podziękowanie za pomoc przy wykonywaniu skrawków mikroskopijnych.

III. Oceny i sprawozdania.

Reginald Harrison (Liwerpol): **Uwagi nad leczeniem zwężenia cewki moczowéj za pomocą połączenia uretrotomii wewnętrznéj z zewnętrzną.**

Autor na podstawie długoletniego doświadczenia w praktyce szpitalnéj i prywatnéj poleca wykonanie obu uretrotomij naraz w pewnych wyjątkowych przypadkach, gdzie nie można zastosować metody dilatacyjnéj, t. j. gdzie takowa z powodu postępującego zmniejszania się światła cewki moczowéj więcéj nie wystarcza, mianowicie jeżeli chory jest skłonnym do napadów zatrzymania moczu i innych ważnych powikłań. Wielu autorów mających wielkie doświadczenie na tém polu chirurgii zaleca w podobnych przypadkach uretrotomię wewnętrzną, H. nie zgadza się jednak z tém i z tego powodu poczytuje sobie niejako za obowiązek poddać krytyce uretrotomię wewnętrzną i na podstawie długoletniego doświadczenia i badań w tym kierunku uzasadnić braki, jakie przedstawia ta operacyja oraz osłabić zapatrywania co do korzyści, jakie ma przynosić. Najpierw po wykonaniu uretrotomii wewnętrznéj występuje często bez powodów gorączka, nie rzadko nawet zabójcza i to nie zwyczajna gorączka pooperacyjna, ale poprzedzona zazwyczaj dreszczem a w przebiegu swoim raz łagodna to znowu groźna. Towarzyszy jéj czasem zatrzymanie moczu i kończy się czasem niekorzystnie w przypadkach, które się właśnie nadawały do operacyi, a po śmierci nie możemy dokładnie wyjaśnić przyczyny śmierci i stanu chorobowego. Powtóre uretrotomija wewnętrzna nie przedstawia lepszych trwałych wyników operacyjnych, niż inne metody leczenia; przypadki, w których autor przecinał zwężenia od wewnątrz należały do najgorszych pod względem wyników; nadto chory musi wprowadzać sobie po téj operacyi świeczki przez resztę swego życia, co nam wskazuje, że w najlepszym razie tylko częściową korzyść sprowadziliśmy choremu. Z powodu tych przypadów wielu chirurgów waha się stosować uretrotomię wewnętrzną chyba w wyjątkowych okolicznościach; mimo to z drugiéj strony ze względów teoretycznych należałoby poprzeć tę operacyję. Gdybyśmy mogli zastąpić uretrotomię wewnętrzną jaką inną ten sam cel spełniającą operacyją, po któréj nie nastawałaby gorączka albo intoksykacyja septyczna i po któréjby rana goiła się blizną, nieprzedstawiającą nierównéj dyspozycyi pod względem kurczenia się, moglibyśmy złagodzić, jeżeli nie usunąć, najważniejsze niekorzyści połączone z uretrotomiją wewnętrzną. Po rękoczynach np. jak po litotomii lub cięciu międzykrocza, gdzie cewka moczowa bywa zranioną i gdzie przytém ułatwiamy odpływ moczu z pęcherza przez nowo utworzoną drogę, rzadko występują dreszcze i właściwa gorączka ranna, któreto objawy w ró-

żnych występują stopniach po uretrotomii wewnętrznéj. Jeżeli przejrzymy tablice przebiegu gorączki po 50ciu np. przypadkach litotomii, również tylu cięcia międzykrocza i uretrotomii wewnętrznéj przekonamy się o prawdziwości powyższego twierdzenia. Autor nie przypomina sobie po litotomii dreszczu niedającego się wyjaśnić, podczas gdy po uretrotomii wewnętrznéj autor przypad ten prawie zawsze uważał. Na czémże polega różnica? Czy urządzenie anatomiczne i fizyjologiczne cewki moczowéj u kobiet wyjaśnia nam dostatecznie brak podobnych objawów gorączki i intoksykacyi, jakie napotykamy u mężczyzn? Dla czego u osób dotkniętych znaczném zwężeniem połyku nie występują dreszcze i gorączka po wprowadzeniu zgłębnika nawet w tych razach, w których widoczną jest rzeczą, że operacyja wywołała uszkodzenie ściany połyku? Berkeley Hill zrobił następne spostrzeżenie (*Brit. med. Journ.* 1879): „Przed 3ma laty z pomiędzy 38 przypadków uretrotomii wprowadzał cewnik w 19, a więc w połowie przypadków, pozostawiając cewkę moczową otwartą dla moczu bez względu czy przypadek był lekkim, czy téż ciężkim, w reszcie zaś nie wprowadzał cewnika. Porównywając dalszy przebieg tych przypadków znalazł wprawdzie podniesienie się ciepłoty i dreszcze w przypadkach należących do obu szeregów, ale daleko częściéj w szeregu, gdzie nie wprowadzał cewnika. W zachowaniu się dreszczów nie można było dopatrzeć się znacznéj różnicy, ale podniesienie ciepłoty zawsze miało miejsce w przypadkach, gdzie w pierwszych 24 godzinach cewnik moczu nie odprowadzał. Wpływu przepływu moczu przez ranę nie można zaprzeczyć. Ciepłota po uretrotomii pozostaje prawidłową dopóki chory wstrzymuje się z oddaniem moczu. Ale w pół godziny po przepływie moczu przez cewkę ciepłomierz wskazuje wzniesienie się ciepłoty w niektórych przypadkach nieprzekraczające 37·7°C., które w ciągu kilku godzin opada do stanu prawidłowego. Jeżeli oddziaływanie jest większe i sprowadza wyższe podniesienie ciepłoty oraz dreszcz, jest rzeczą prawdopodobną, że mamy do czynienia ze znaczném zwyrodnieniem nerek i niebezpieczeństwo jest bliskiém. Z tablicy ułożonéj przez Daviesa okazuje się, że z 20 przypadków, w których gorączkę mierzono co godzinę, w 8 nie wprowadzano zgłębnika a w nich ciepłota wzmagała się w 24 godzinach; najniższy stan ciepłoty był 38·8°C., najwyższy 40·1°C. Z pozostałych 12, w których wprowadzano cewnik, w 6 ciepłota po operacyi pozostała prawidłową, w 3ch pozostała prawidłową tylko dopóty dopóki zgłębnika nie usunięto, w 3ch zaś ciepłota podniosła się w nocy po operacyi pomimo obecności zgłębnika, w następnym jednak dniu była prawidłową".

Autor widział jeden podobny przypadek, gdzie wystąpiły dreszcze i gorączka po operacyi wydobycia kamienia, który leżał w ścianie cewki moczowéj tuż za zwężeniem téjże. Autor po rozszerzeniu cewki moczowéj i bezskutecznych próbach wydobycia go pozostawił naturze wydalenie kamyka. Cewka została nieco zranioną kleszczami, a stosunki po zabiegu operacyjnym były podobne jak po uretrotomii wewnętrznéj. Pomimo silnego napadu gorączki moczowéj trwającéj 2 dni chory wyzdrowiał.

Gdy autor zajęty był badaniem stosunków wśród jakich powstaje gorączka moczowa, prof. Bouchard w *Soc. de Biologie* zwrócił uwagę na trujące działanie moczu prawidłowego wstrzykniętego do krwi nawet w małéj ilości. Prawdopodobnie, zdaniem jego, działanie to polega na obecności pewnych alkaloidów w moczu. Gdybyśmy mogli oznaczyć dokładnie istoty będące w stanie wywołać tak trujące następstwa, jakie odnosimy do grupy alkaloidów, moglibyśmy może nauczyć się unikania warunków, wśród jakich istoty te powstają.

Po mniéj więcéj 100 litotomijach autor nigdy nie uważał w następstwie ich zwężenia cewki moczowéj zna zaś przypadki, w których chorzy zupełnie zostali wyleczeni ze złośliwych zwężeń przez przedłużenie rany potrzebnéj do wydobycia kamienia.

Zranienie cewki moczowéj przy urazie téj okolicy bywa zawsze uważane jako bardzo niebezpieczne z powodu najcięższych zwężeń po takich urazach. — Na powstawanie tych zwężeń bardzo wpływa plan dalszego leczenia chorego. Tu zachodzić mogą 2 przypadki: albo cewka moczowa jest zupełnie przedartą i wtedy co do leczenia nie może zajść żadna wątpliwość, albo téż jest zranioną częściowo, gdzie w celach leczniczych zazwyczaj mniéj heroicznych użyto zabiegów. Autor przytacza 2 przypadki urazowego zranienia cewki moczowéj: w pierwszym po bezskutecznych zabiegach wprowadzenia cewnika, wykonał cięcie środkowe w międzykroczu i chory zupełnie wyzdrowiał; w drugim lżejszym wprowadził miękki cewnik do pęcherza na dni 10, w którymto czasie chory już był w stanie oddawać mocz w sposób naturalny, ale po roku chory powrócił do szpitala z ciężkiém zwężeniem. Przypadki powyższe nasuwają wniosek, że zwężenie nie jest następstwem koniecznem zranienia cewki moczowéj i że powstanie następowego zwężenia stoi w związku ze sposobem leczenia bezpośrednio po urazie zastósowanym. Doświadczenia Harrisona zgadzają się z doświadczeniami Obersta z Halli (patrz *Volkmann's Sammlung klin. Vorträge* Nr. 210), że w przypadkach zranienia leczonych utorowaniem łatwego odpływu moczu i wysięku w ranie wewnętrznéj nie przychodzi do groźnych powikłań. Następnie przypomnieć sobie należy, jak niekorzystnemi są warunki, wśród jakich nastaje wyleczenie po uretrotomii wewnętrznéj. Cięcie usuwające zwężenie zazwyczaj poraża cewkę moczową w zakresie przekraczającym ranę. W skutek tego przebieg regeneracyi odbywa się w ranie przesiąkniętéj moczem, który zatrzymuje się za raną i rozkłada się po każdém oddawaniu moczu. Warunek ten odpada po cięciu w międzykroczu i litotomii, gdzie od czasu do czasu strumień moczu przepływa przez śliską i granulującą ranę.

Do wielu innych przyczynków do chirurgii narządu moczowego włączyć musimy spostrzeżenia Symego (*On stricture of the urethra and fistula in perinaeo*, Edinburgh 1849) o leczeniu zwężeń za pomocą cięcia w międzykroczu, spostrzeżenia nadzwyczaj doniosłe ze względu na radykalne leczenie tego cierpienia. Postępowaniem tém nie tylko osiągamy zupełne przecięcie zwężenia, ale unikamy groźnych powikłań, jakie występują po uretrotomii wewnętrznéj.

Preparaty z takich przypadków, świadczące o zupełném wyleczeniu zwężenia, są bardzo rzadkie, autor zna jeden z 46-letniego indywiduum zmarłego w lutym 1885 z choroby Brighta. Chory w 10tym roku życia zranił sobie cewkę moczową i cierpiał odtąd na ciężkie zwężenie cewki i liczne przetoki. W r. 1867 Bickersteth wykonał operacyję Symego, tj. cięcie międzykrocza. W r. 1869 stwierdzono, że dawniejszy chory jest zupełnie zdrów. Podczas obecnego pobytu jego w szpitalu B. stwierdził, że zwężenie nie powróciło, pomimo że chory nie zachowywał się odpowiednio przez cały ten przeciąg czasu. Po śmierci z powodu choroby nerek zbadano dokładnie cewkę moczową, przyczém nie zna-

leziono i śladu zwężenia, a nawet światło cewki moczowéj wzdłuż linii, gdzie zrobiono cięcie, było szerszém w stosunku do reszty cewki; zdaje się, że cewka w tém miejscu poddała się uciskowi moczu. Autor wykonywał często operacyję Symego ze świetnym wynikiem, w przypadkach, gdzie całe zwężenie leżało w zakresie międzykrocza. Jest rzeczą jasną, że postępowanie to zastósować się nie da w niektórych bardzo powikłanych zwężeniach z powodu położenia tychże i stosunku do międzykrocza, np. w zwężeniach po za obrębem międzykrocza albo w cewce członka. Dokładne zastanowienie się nad różnemi punktami, które autor poruszył, doprowadziło go do wniosku, że uretrotomiję zewnętrzną z korzyścią połączyćby można z uretrotomiją wewnętrzną. Czyniąc to miał autor na celu usunąć podczas procesu gojenia niekorzystne, wyżéj rozebrane, warunki bezpośrednie i odleglejsze, tj. zależne od zatrzymywania się moczu w ranie. Autor chciał stworzyć zgodnie z Gouleyem (patrz: *Diseases of the urinary organs*, New-York 1873) utkanie bliznowate powstające wśród korzystniejszych warunków gojenia.

H. przytacza historyje chorób 5ciu przypadków, w których wykonał obie uretrotomije naraz z najkorzystniejszemi wynikami. Przypadki te wszystkie dotyczyły osób z zastarzałemi zwężeniami a po części powikłanemi z przetokami w międzykroczu; w niektórych z nich poprzednio już raz wykonana uretrotomija wewnętrzna albo też użycie metody dilatacyjnéj sposobem Holta, Watsona lub Grossa nie doprowadziły do stałych wyników, gdyż po tych zabiegach z czasem powstało na nowo zwężenie. Po wprowadzeniu drenu raną do pęcherza radzi autor dren przeprowadzać także przez przednią część cewki moczowéj, tj. od otworu zewnętrznego cewki moczowéj przez ranę, ażeby w ten sposób zapobiedz rozkładowi wydzieliny rannéj, w przypadkach zaś, gdzie cięcie jest nieco wąskie, przestrzykiwać przednią część cewki jakim płynem antyseptycznym, kilka razy dziennie, ażeby tenże choć kroplami odpływał przez ranę. Autor wykonał tę operacyję 12 razy. Po tym zabiegu podwójnym, nigdy nie uważał dreszczu ani gorączki, przypadów tak częstych po uretrotomii wewnętrznéj. Wyjątkowo tylko powstawała nieznaczna gorączka ranna. W ten sposób tylko stworzyć można nowe utkanie bliznowate w cewce moczowéj, niestykające się z moczem, możliwém źródłem drażnienia rany; gdyby nawet mocz się rozkładał i tworzył alkaloidy szkodliwe, to przez taką ranę niemożliwém jest prawie ich wessanie. Cewka moczowa zupełnie nie jest tu czynną i w ten sposób proces gojenia się jest ułatwionym. Cięcie to niewłaściwie cięciem międzykrocza nazwaćby należało, gdyż jest ono właściwie punkcyją międzykrocza wykonaną nożem, uzupełnioną bisturem galkowatym, przy której przez zrobiony kanał wprowadzamy dren do pęcherza; cała operacyja wymaga zaledwo kilku minut czasu; należy przytém unikać wprowadzenia palca do pęcherza, gdyż może to być powodem zapalenia gruczołu krokowego. H. operuje w ten sposób: Chorego układa jak do litotomii, wprowadza do cewki rowkowany zgłębnik i przekłuwa cewkę w odległości cala przed otworem stolcowym, długim a wąskim nożem podobnym do tego, który służy do amputacyi palców, przyczém grzbiet noża jest zwróconym ku kiszce odchodowéj; cięcie to przedłuża nieco ku przodowi, ażeby można wprowadzić palec wskazujący; najlepiéj naciąć na rowkowany kateter odrazu; jeżeli to się nie uda wprowadza się wzdłuż palca nożyk nieco tępy, jednak kończasty, umyślnie ku temu celowi zrobiony, którym przecina się nieznaczną ilość włókien pozostałych pomiędzy palcem a sondą rowkowaną; ostrym nożem rana zadana wypadłaby za wielką, albo możnaby przytém skaleczyć palec. Cięcie powinno odpowiadać grubości palca i drenu, zapobiega to krwotokowi. Metoda ta ma głównie na celu łatwy odpływ wydzieliny i spokój cewki moczowéj. Poprzedza ją uretrotomija wewnętrzna, gdyż dopiero wtedy gruba sonda da się wprowadzić.

Autor zwykle używa drenów sprężystych [1]) 4—5 cali długich nieco cieńszych od palca wskazującego; dren łączy się z rurką kauczukową będącą w połączeniu ze zbiornikiem na mocz obok łóżka umieszczonym. W przypadkach gdzie dno pęcherza ma liczne torby, dobrze jest wprowadzać dwa dreny obok siebie. Ważną jest długość drenu, który nie powinien sterczeć po nad dno pęcherza. Autor przygotowuje sobie dreny różnéj długości i w każdym przypadku stwierdza za pomocą badania przez kiszkę odchodową który zadaniu odpowie. (*British Medical Journal* 1885, *July* 18).

Dr. Bącz.

Prof. O. Langendorf: **Przyczynek do nauki o objawie Cheyne-Stokesa.**

Objaw Cheyne-Stokesa, jak wiadomo, charakteryzuje się peryjodycznemi i naprzemian powtarzającemi się grupami i pauzami oddechowemi. Głębokość i liczba oddechów zwykle stopniowo wzmagają się i wolnieją, co atoli rozlicznym ulegać może zmianom. Lecz nietylko narząd oddechowy ale i serce z regularnego rytmu uderzeń w przerywany przejść może. Najczęściéj brak tlenu jest przyczyną sprowadzającą objaw Cheyne-Stokesa i dla tego też objaw ten klinicznie często obserwowanym bywa w przebiegu różnych chorób serca brak tlenu we krwi za sobą pociągających lub procesów patologicznych niedokrewność rdzenia przedłużonego sprowadzających. Dusząc zwierzę ciepłokrwiste, czyto przez podwiązanie tchawicy, czyto przez przecięcie większych naczyń, czyteż wreszcie chcąc mózg i górną część rdzenia tlenu pozbawić przecinając tętnice mózgowe, nie spostrzegamy typowego objawu Cheyne-Stokesa lecz tylko niejako ułamek tegoż w postaci jednéj tylko pauzy a następnie jednéj tylko grupy oddechowéj, poczém następuje śmierć. Że przy doświadczeniu tém objaw w mowie będący nie występuje w pełni, przypisać należy szybkiemu przebiegowi samego aktu duszenia z szybko następującą śmiercią organizmu.

Langendorff zmodyfikował to doświadczenie, przedłużając akt duszenia zwierzęcia do 1—2 godzin, a wtedy mógł obserwować jak najdokładniéj typowy objaw Cheyne-Stokesa. Będąc już raz na dobréj drodze, autor starał się do doświadczenia użyć organizmu, u którego proces życia powolniéj się odbywa i późniéj wygasa. W tym celu autor wraz z Siebertem a Luchsinger z Sokolowem używali zwierząt zimnokrwistych, np. żab, i przekonali się, że wśród duszenia grupy oddechowe, które z początku występowały często, stopniowo stawały się mniéj częste, aż wreszcie ustawały zupełnie, a gdy w okresie tym podwiązkę duszącą usunięto grupy oddechowe powracały, stawały się coraz częstsze i zmieniały się wreszcie w zupełnie normalny rytm oddechowy.

Już Traube zauważył a O. Rosenbach szczególniejszy położył na to nacisk, że przy objawie Cheyne-Stokesa nietylko mamy do czynienia ze zjawiskami ze

[1]) Utkania podobnego jak katetery sprężyste angielskie.
Przyp: Sprawozd.

strony narządu oddechowego, lecz także ze zjawiskami ze strony mózgu, ze strony ośrodka dla źrenic, dla ruchów oka, dla naczyń krwionośnych, dla tamującego czynność serca n. błędnego, dla mięśni prążkowanych i peryjodycznie zmieniających się ruchów oddechowych.

Przedewszystkiém ze strony narządu ruchowego prawie zawsze zauważyć można pewne zjawiska towarzyszące grupom oddechowym. Przed każdą grupą, żaba, która wśród pauzy jak gdyby martwa leżała, staje się niespokojną, zmienia swe miejsce, skacze, a po ukończeniu oddechania zapada znowu w dawny letargiczny spokój. Często także zauważyć można ruchy do kurczów strychninowych podobne. Po zatruciu żaby strychninem i następném duszeniu, występują wśród grup oddechowych kurcze strychninowe, wśród pauz zaś żaba opada na spód naczynia, jak gdyby bez życia. Gdy żabę wśród pauzy oddechowéj położy się na grzbiet, to pozostaje ona w téj nienaturalnéj pozycyi aż do ukończenia pauzy i dopiero wtedy przybiera położenie naturalne. Często pozostaje żaba w położeniu niewygodném i niezwykłém, które się jéj tuż przed pauzą nadało, przez całą pauzę, i dopiero po ukończeniu téjże zmienia je, co zupełnie analogiczném jest ze spostrzeżeniem klinicznem, według którego chory rozpoczętego tuż przed pauzą oddechową ruchu nie kończy, aż dopiero po ukończeniu się pauzy.

Ze strony serca zauważyć można podczas i tuż przed objawem Cheyne-Stokesa zwolnienie uderzeń serca lub nawet zupełny spokój co zapewne od podrażnienia n. błędnego pochodzi a zauważyć to można także na żabach zakuraryzowanych i zatrutych atropinem. Parcie krwi według Luchsingera i Sokolowa nie zmienia się, co atoli autorowi, który w tym względzie własnego nie ma doświadczenia, zdaje się być wątpliwém. Zastanawiając się nad przyczyną i związkiem przedstawionych zjawisk u żab a u człowieka, dochodzi autor do wniosku, że wszystkie objawy uważać należy jako skutki peryjodycznie przerywanego drażnienia istoty korowéj mózgu i rdzenia pacierzowego. Obok braku powietrza objaw Cheyne-Stokesa wywołać jeszcze mogą bardzo rozmaite czynniki, a jako takie podają autorowie wylanie się większéj ilości krwi w okolicy rdzenia przedłużonego, wysokie przecięcie rdzenia pacierzowego niepociągające jeszcze za sobą porażenia oddechania, uśpienie chloralem (u psów), narkotyzowanie morfinem, drażnienie dośrodkowe nerwu błędnego u młodego kota, drażnienie nosowego końca n. troistego parą chloroformu. Autor wraz z Bougersem obserwował wśród snu zimowego u jeżów objaw Cheyne-Stokesa a Mosso również wśród snu zimowego u *Myoxus avellanarius*. U ludzi rozmaite choroby sprowadzić mogą objaw Cheyne-Stokesa, może on atoli wystąpić także u ludzi zdrowych wśród snu chloralowego lub niekiedy nawet wśród snu zupełnie prawidłowego.

Szukając teraz wyjaśnienia objawu Cheyne-Stokesa nasuwa się przedewszystkiém pytanie, w jaki sposób zwykłe rytmiczne oddechanie zamienić się może w peryjodycznie przerywane? Autor oświadcza się za teoryją oporu, według któréj drażnienie ośrodków oddechania w drodze swéj ku obwodowi napotyka na pewien opór, który pozwala tylko na peryjodyczne wyładowanie, w skutek czego grupy i pauzy oddechowe peryjodycznie po sobie następują. Już Traube zauważył dawniéj w przypadkach klinicznych, w których objaw Cheyne-Stokesa obserwował, obniżenie pobudliwości ośrodka oddechania i to właśnie obniżenie uważa Langendorff za ów opór. Jakkolwiek autor przyznaje, że teoryja oporu Rosenthala obecnie między fizyjologami nie ma uznania, to przecież do wytłumaczenia objawu w mowie będącego uważa ją za najodpowiedniejszą. (*Breslauer ärztliche Zeitschrift*, 1885, Nr. 14). *Dr. Momidłowski.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z Walnego zebrania członków Sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk poznańskiego z dnia 20 czerwca 1885.

Obecni członkowie zamiejscowi Drowie Zaremba, Rymarkiewicz, Broeckere. Miejscowi: Koszutski, Osowicki. Święcicki, Swiderski, Jerzykowski, Koehler, Kramarkiewicz, Jarnatowski, Kapuściński, aptekarz p. Jagielski i sekretarz.

Przewodniczy Dr. Zaremba.

Z powodu wydrukowania protokółu z ostatniego Walnego zgromadzenia w Przeglądzie Lek. nie odczytywano go lecz przystąpiono odrazu do omówienia chorób nagminnie panujących, przy któréj-to sposobności zauważa kol. Koszutski, że pojawiająca się obecnie odra nigdy od roku 1868 nie występowała w tak ciężkich i licznych postaciach. Daléj widuje kol. Koszutski wietrzną ospę równającą się prawie, pod względem wejrzenia, prawdziwéj lekkiéj ospie. Kol. K. spotyka się także ze samoistną dyfteryją i to przeważnie u dorosłych, a praktykowany przez niego sposób leczenia daje mu zawsze doskonały wynik. Często widuje nadto katar kiszek, który przypisuje złym gatunkom piwa. — Kol. Rymarkiewicz widuje od 3ch miesięcy szkarlatynę i dyfteryję, a równoczesne wystąpienie obu chorób stanowi dla niego dowód, że jeden i ten sam przyrzut wywołuje obie choroby.

Następnie kol. Święcicki miał odczyt: O torbielach jajnikowych. Po odczycie tym wszczęła się dłuższa rozprawa, w któréj zabierali między innymi głos następujący koledzy: Dr. Osowicki, sądzi, iż, ażeby uniknąć o ile tylko się da trudności w rozpoznaniu, które zawsze zachodziły i zdarzały się nawet powagom, wypada zrobić nakłócie próbne, gdyż dopiero po niém można dokładnie torbiel namacać. Kol O. złych następstw nakłócia nie widział dotychczas, ale przyznaje, że przypadek przytoczony przez kol. Swięcickiego daje dużo do myślenia. Następnie wspomina kol. O. o przypadkach przez siebie operowanych, przemawia za operacyją ekstraperitonealną; dren zakłada przez pochwę a kikut zanurza w ranie. Przy zagłębieniu szypuły ściśle postępowanie przeciwgnilne jest niemożebne. Metoda zaś, według któréj przedewszystkiém Simpson z takiém powodzeniem dotychczas operował, daje pogląd na pole operacyjne, a przytém umożebnia odpływ zbierających się w ranie płynów. Według Simpsona miejscem wyjścia gnicia jest właśnie wysięk i pozostała krew. — Kol. Jarnatowski wspomina, że w pewnym znanym mu przypadku operator zagłębił szypułę przypaliwszy ją Pakelinem, chora umarła a kol. J. zapytuje prelegenta czy przypalenie takie uważa za słuszne i godziwe.— Kol. Jerzykowski zgadza się w ogólności na robienie nakłócia próbnego celem dokładnego rozróżnienia torbieli od możliwych wysięków okolicznych. Przytacza przypadek, gdzie poniżéj wątroby znajdowała się opisana chełbocząca wypukłość bardzo znacznych rozmiarów, po zrobioném nakłóciu przekonano się, iż tu chodziło o wysięk opisany surowiczy otrzewnowy, a spowodowany rośnięciem raka wątroby. Nakłócie próbne nie jest niebezpieczném chyba że sprawia wstrząs (*shock*). — Kol. Koszutski zapytuje prelegenta, dla czego robi nakłócie torbiela po przecięciu brzucha.— Kol. Święcicki odpowiadając na pojedyncze uwagi zrobione w dyskusyi, przytacza najprzód jeszcze przypadek Olshausena jako dowód, że nakłócie nie daje dostatecznéj możności dokładnego oznaczenia rodzaju torbiela pod względem rokowania. Olshausen operował dobrotliwy torbiel jajnika i to z dobrym skutkiem. Po 3 miesiącach przybyła jednakże chora ponownie, przyczém okazało się, że na całém wnętrzu otrzewny potworzyły się wspomniane przez prelegenta brodawki. Jeżeli więc już zrobić nakłócie, to w postaci peritonaeotomii. Co do umocowywania szypuły extraperitonealnie, to kol. Ś. zwraca na to uwagę, że obecnie i Spencer Wells odstąpił od tego postępowania opa-

trując intraperitonealnie. Ostatnie postępowanie jest nader prostém, nie naraża choréj ani na gorączkę ani téż jak pierwsze przez rozciągnięcie nerwów na szczękościsk i tężec. — Kol. Jarnatowskiemu odpowiada S., że doświadczenia Waldeyera i Spiegelberga na zwierzętach wykazały, iż przyżeganie szypuły ogniem żadnego wyraźnego wpływu na przebieg pooperacyjny nie wywiera. — Kol. Koszutskiemu nakoniec odpowiada prelegent, że przekłócie torbiela obnażonego jest koniecznêm celem wydobycia go zmniejszonego; ponieważ zaś asystent przytrzymuje brzegi cięcia, przeto płyn nie dostaje się do jamy brzusznéj, a chociażby się i dostała część jego, nie wyniknie ztąd niebezpieczeństwo, gdyż błona otrzewnowa pochłania go bez trudu.— Po kilku jeszcze wyświecających uwagach pomiędzy prelegentem a kol. Osowickim co do znaczenia wewnętrznego badania torbiela, posiedzenie zamknięto. *Dr. Wicherkiewicz.*

V. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

I.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Dopóki podróżowałem po własnych niejako śmieciach wszystko szło zgodnie i składnie. O kilka kilometrów można było przedłużyć przestrzeń codziennie przebywanéj drogi, postępując rażno i spiesznie. Po przebyciu jednak granicy sytuacyja od razu się zmieniła. Minąwszy Hanequine na pierwszéj już stacyi perskiéj zwanéj Kassyr Szeryn zacząłem się zapoznawać z gościnnością, uprzejmością i wzajemném okpiwaniem się Persów. Władza centralna, odpowiadając literze układu, wydała rozkaz, aby wszędzie dawano mi eskortę odpowiednio uzbrojoną dla przedostania się pośród plemion kurdzkich zajętych zwykle plądrowaniem okolicy i obdzieraniem podróżnych. Że jednak od wielkiego ołtarza do chóru nieraz bywa daleko kpiono tu sobie po prostu z otrzymanych rozkazów, i zaręczając wschodnim honorem o pewności dróg, kategorycznie odmawiano mi eskorty. Z uporem tchnącym rodową nienawiścią ku wszystkiemu co pochodzi z Turcyi, z żądzą Persów korzystania z okazyi mszczenia się za osobiście doznawane szykany w czasie ich przebywania w Iraku walczyć było nie podobna. To też mając na oku ważny cel mojéj misyi, w towarzystwie jedynie moich manatek, sam puściłem się w podróż. Raz tedy jadąc pocztą perską, zwykle szanowaną i nieznającą przeszkód, to znowu spotykając głębokie warstwy zasp śniegowych, oswojonym z niemi mułem torując sobie drogę w towarzystwie „karawan" wiozących towary, koń za koniem, ten za osiołkiem, gęsim ordynkiem, po 17 dniach bardzo uciążliwéj podróży dotarłem do staréj Ekbatany, w któréj okolicach panowała zaraza. Skoro się tu już raz znalazłem bez straty czasu wypadało natychmiast odszukać i dotrzeć do punktów, gdzie grasowała zaraza, pospieszyć z wykazaniem jéj natury, wystudyjować przebieg i zebrać daty przekonywujące o przyczynach powstania i szkodach przez nią zrządzonych. Zaraz po pierwszém zetknięciu się z tutejszemi urzędowemi matadorami przekonałem się, że mam przed sobą zadanie niezbyt łatwe do przeprowadzenia. Raz z powodu, że moja sanitarna misyja wydawała się Persom czémś niewłaściwém, zbytecznêm w ich stosunkach zdrowotnych, nad którémi czuwające miejscowe siły fachowe były dostateczne, ich zdaniem, do wydania opinii o stopniu i doniosłości warunków zdrowia publicznego. Po drugie, uroczyste święta perskiego nowego roku (10 marca n. st.) trwające 13 dni, wzbraniając wszelkich zajęć, utrudniały zetknięcie się z władzami i otrzymanie od nich poparcia niezbędnego do zadość uczynienia moim obowiązkom. Co więcéj reprezentant władzy cywilnéj w Hamadanie Abdul-Samit-Murza, brat dzisiaj panującego Szacha, otoczył się taką zgrają teologów i ulemów perskich, że dostęp do jego osoby był dla mnie niemożebnym. I choć zjawienie się moje tutaj zaciekawiło cały ogół nie przeszkadzało to jednak do lekceważenia celu mojego tu przybycia, robienia tylko przyrzeczeń i oświadczania się z gotowością ułatwienia mi wycieczki do miejsc dotkniętych zarazą, wtedy gdy wszystko to było robioném w zamiarze okpienia, aby tą drogą powiększyć jeszcze trudności spotykane na każdym kroku. Szczęściem dla mnie była tylko okoliczność, że z ludnością miejscową używającą języka turkomańskiego, ułatwione były stosunki dla każdego znającego język arabski i turecki. Inaczéj bowiem bez znajomości perskiego nie byłoby sposobu wywiązania się z zadania. Wprawdzie rząd stambulski ma tu swego jeneralnego ajenta w osobie jednego z zamożniejszych kupców. Ale i ten zbyt ściśle obserwujący swe doroczne uroczystości, nie był w stanie ułatwić mi cośkolwiek zadanie. Czas jednak naglił. Międzynarodowa Rada zdrowia w Stambule wymagała spiesznéj o zarazie wiadomości, od któréj zależało zarządzenie środków ostrożności na całém pograniczu. Należało więc działać z pośpiechem, posługując się wyłącznie własnemi siłami. W obcym kraju, w stosunkach miejscowych zupełnie nieznanych działać czynnie i z pewnym programem, zdarzyć się może chyba tylko tureckiemu urzędnikowi sanitarnemu. Parodniowy téż pobyt w Hamadanie o tém tylko pozwolił mi się zapewnić, że zaraza nieznanéj natury w istocie istniała w okolicach, lecz że od kilkunastu dni zupełnie ustała i że w miejscach, gdzie wybuchła, bawi dwóch lekarzy perskich wysłanych z Teheranu w celu zarządzenia i czuwania nad przeprowadzeniem dezinfekcyi punktów zakażonych. Że jednak podobne szczegóły okazały się zbyt niedostatecznemi do zdania sobie sprawy z przebiegu epidemii, postanowiłem co rychléj dostać się do okolicy dotkniętéj zarazą, aby tam po prawdopodobném spotkaniu się z delegatami perskiéj służby zdrowia przekonać się o istotnym stanie groźnéj téj kwestyi. Zaraza grasowała w okolicy zwanéj doliną Serderut położonéj w departamencie Karagan, na północ od Hamadanu i w odległości czterech dni podróży konnéj. Walcząc więc z ciężką tutejszą tegoroczną zimą odbyłem tę wycieczkę w najgorszych warunkach i podobny do nałogowego myśliwego, coraz to bardziéj ścieśniałem łańcuch mojéj obławy za dżumą. W towarzystwie jednego jedynie przewodnika, który sowicie opłacony zdecydował się ruszyć do miejsc ogólną wzbudzających trwogę, dotarłem do miejscowości zwanéj Mansurabad. Tutaj téż rozpocząłem moją właściwą czynność.

Najbardziéj naglącém było zapewnienie się o naturze choroby. Ponieważ zaś delegaci perscy już przed paroma tygodniami opuścili miejscowość, w któréj wypadło mi przeprowadzić ściste poszukiwania, byłem więc zmuszony wziąć się do pracy samoistnie, aby zebrać potrzebne mi szczegóły. Byłoto rzeczą trudną i stawiającą mnie w zbyt przykréj sytuacyi wobec zdziwionych mojém przybyciem mieszkańców. To też wszystkie wiadomości, jakie udało mi się zebrać, zawdzięczam wyłącznie, spotkanemu w Mansurabadzie, podróżującemu kupcowi nazwiskiem Saadet-Kuli, który przybywszy tu z Teheranu w skutek wybuchu zarazy nie mógł skończyć swych interesów, będąc zmuszony do dłuższego tu pozostania. Za jego więc pośrednictwem i po

odszukaniu czterech mężczyzn, którzy jakkolwiek dotknięci zarazą uniknęli jednak nieszczęśliwych jéj następstw, mogłem już zrobić pewien krok naprzód. Nim jednak opowiem, z jaką patologiczną plagą miałem tu do czynienia, poprzedzę jéj rozpoznanie krótką wzmianką o charakterze saméj miejscowości.

Dolina Serderut z trzema wioskami zwanemi Hay, Odżak i Mansurabad, które właśnie ucierpiały w ostatniéj epidemii, jestto kotlina otoczona pasmami wysokich wzgórz należących do formacyi po części trzeciorzędnéj, przeważnie jednak napływowéj, mianowicie w pasie swym południowo-zachodnim. Całą dolinę pokrywają bagna, po części tylko pozwalające na uprawę ryżu i to tam tylko, gdzie spływające górskie strumienie pozwalają przeprowadzić łatwiejsze nawodnienie. Cala okolica pozbawiona zarostu drzewnego, przedstawia krajobraz smutny i ubogi. Mieszkańcy kilku rozrzuconych po dolinie wiosek zajmują się przeważnie hodowlą owiec i tylko gdzieniegdzie, korzystając z suchszéj przestrzeni, uprawiają rolę. Częsty nieurodzaj, prawie corocznie panujące choroby pośród zwierząt domowych; nieubłagane zdzieranie podatku w ziarnie i groszu przez właściciela tych miejscowości, którym jest Machmud Khan, perski minister spraw zagranicznych, czynią, że byt socyjalny tutejszego wieśniaka jest nietylko opłakanym ale pogrążającym go w stan nędzy. Łatwo się o tém przekonać z postaci samych wiosek. Domy tu, a właściwie lepianki z gliny, są niskie, szczupłe, źle przewietrzane, pomieszczone wprawdzie na pewném wzniesieniu, lecz stale otoczone kałużami bagien, na pozór ukrytych pod warstwami nagromadzonych z latami nieczystości, lecz tém samém wywierających najszkodliwszy wpływ na zdrowie mieszkańców. Strumień zwany „Serap“ bez źródła i ujścia, sączący się wśród stert zawierających pierwiastki w stanie gnilnego rozkładu, jest tu jedynym zbiornikiem wodnym, z którego ludność zaspakaja pragnienie i codzienne potrzeby domowe. Nic więc dziwnego, że przy tego rodzaju warunkach higijenicznych okolica ta często bywa nawiedzaną przez choroby zakaźne téj lub owéj natury, z przebiegiem więcéj lub mniéj złośliwym. Takąto właśnie miejscowość i w tym roku obrała sobie mordercza zaraza za pole swego rozwoju, poprzedzonego prawie zupełném zniszczeniem trzód, bez różnicy rasy. Ściśle uwzględniając podane mi daty, zdołałem się zapewnić, że właśnie, gdy w początkach stycznia b. r. epizoocyja zdawała się ustawać, już podobnie dotkliwą stratą doświadczona ludność z nową spotkała się plagą, tém bardziéj niespodzianą, że wybuchła w epoce uważanéj za niewłaściwą ku jéj rozwojowi. Zakaźne bowiem stany chorobowe zwykle zaczynają się tu szerzyć w początkach lutego. W tym jednak roku styczeń był tu bardzo pogodnym, pora prawie wiosenną; słońce jakby wynagradzając za przykrą jesień, operowało z większą jak zwykle siłą. Wszystko zdawało się powracać do nowego życia; wszystko, a zatém i wyziewy powstałe z istot w stanie gnilnego rozkładu, spieszącego się niejako skończyć co rychléj swój proces chemiczny, dzięki wyjątkowo korzystnym warunkom atmosferycznym. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

S t a t y s t y k a e p i d e m i j. W tygodniu od 9—15 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 32,9. Z odry umarło 3 (5 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.); z krztuśca 2 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z czerwonki 2 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry, 1 płonicy, 2 krztuśca, 1 błonicy. W tygodniu od 2—8 sierpnia umarło z ospy w Hamburgu, Mnichowie, Bazylei i Petersburgu po 1, w Paryżu i Rzymie po 2: w Wenecyi 3; w Warszawie i Budapeszcie po 4; w Londynie 5; w Odesie 6; w Wiedniu 14. Zachorowało na ospę w Hamburgu 2, w Budapeszcie 18, w Londynie 45, w Wiedniu 51. Na dur brzuszny zapadło w Wiesbadenie od 26 lipca do 2 sierpnia osób 82, umarło 8; od 2—8 sierpnia zapadło 52, umarło 6. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 1.

S t a t y s t y k a ś m i e r t e l n o ś c i. W tygodniu od 2—8 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 35,8; w Warszawie 43,5; w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 25,9; w Budapeszcie 31,6; w Pradze 31,9; w Berlinie 27,9; w Gdańsku 28,2; w Mnichowie 32,9; w Hamburgu 25,4; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1: w Amsterdamie 17,6; w Bazylei 18,8; w Brukseli 21,9; w Chrystyjanii 22,3; w Kopenhadze 20,2; w Londynie 21,9; w Odesie 42,3; w Paryżu 20,5; w Petersburgu 27,7; w Rzymie 24,3; w Stokholmie 18,6; w Wenecyi 31,8; w Zürychu 22,1.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 września. W tych dniach opuścił prasę we Lwowie Kalendarz lekarski na rok 1886 układu Dra Jana Stelli Sawickiego, inspektora szpitalów w Galicyi, Członka Rady zdrowia (Lwów, nakładem księgarni Gubrynowicza i Schmidta 1886). Czwarty ten rocznik tego pożytecznego wydawnictwa jest pod każdym względem poprawniejszém wydaniem rocznika z roku bieżącego. Wszystkie działy zostały przejrzane, pouzupełniane, a niektóre przerobione, znajdujemy téż kilka nowych, a nader pożądanych, rozdziałów, jak: Wykaz nowych środków lekarskich (z podaniem wskazań, sposobu użycia i dawek), Analiza plwociny itd. Zestawienie służby zdrowia w Galicyi doznało też bardzo odpowiedniéj zmiany, gdyż obejmuje wykaz doktorów medycyny, chirurgów i weterynarzy, nie jak dawniéj w porządku alfabetycznym według nazwisk ale podano wykaz ten według powiatów przez co ułatwiono odszukanie lekarzy w pewnéj miejscowości praktykujących co nieraz może być potrzebném.

Wydawnictwu temu już w latach poprzednich oddawaliśmy pochwały, a że zasłużyło na nie, to dowodem tego, iż kalendarz ten, całkiem słusznie, wypiera powoli dawniéj u nas w użyciu będące kalendarze niemieckie a nakład jego na rok bieżący został wyczerpanym, co najlepiéj świadczy o jego praktyczności. Gdy zaś w roczniku na r. 1886 wprowadzono pożądane zmiany i poczyniono dodatki, przeto spodziewać się należy, że i w tym roku dozna Kalendarz ten równego poparcia ze strony kolegów, których uwagę na niego zwracamy.

* Namiestnictwa Galicyi i Bukowiny otrzymały w tych dniach rozporządzenie ministeryjalne dotyczące środków zapobiegawczych, które przedsięwziąć należy, gdyby doniesiono o pojawieniu się cholery w Rumunii lub w Królestwie. Rozporządzenie to brzmi podobnie jak zeszłoroczne, wydane również w celu zapobieżenia cholerze na wschodnich granicach Państwa austryjackiego, a dotyczy głównie przejezdnych koleją żelazną i ich pakunków. Władze cłowe i kolejowe otrzymały rozkazy od Namiestnictwa skarbu i handlu, aby się bezwarunkowo zastosowały do odnośnych rozporządzeń władz politycznych — a zabiegi te są zupełnie usprawiedliwione wobec okoliczności, że zaraza może być snadnie zawleczoną do portów Morza Czarnego.

* W Akademii lekarskiéj paryskiéj odczytał C o r n i l rozprawkę swoją o prątkach kiły wykrytych przez L u s t g a r t e n a. Badania podjęte z inicyjatywy Alvaresa i Tavela doprowadziły go do przekonania, że w fizyjologicznych wydzielinach błon śluzowych części płciowych znajdują się mikroorganizmy identyczne pod względem postaci i wielkości z prątkami Lustgartena; prątki te barwią się nawet tak samo jak prątki L. To téż skłania C. do wypowiedzenia przestrogi, aby bez dalszych dochodzeń nie uznać prątków L. za istotną przyczynę kiły.

* W ostatnim tygodniu wydarzało się w Hiszpanii dziennie 4.000 do 5.000 przypadków cholery a 1.400 do 1.800 przypadków śmierci. Położeniu Madrytu, a zwłaszcza okoliczności, że z gór okolicznych bywa zaopatrywany w wyborną wodę przy-

pisać należy, że stolica kraju stawia dotąd dosyć skuteczny opór zarazie. Wiadomość, że od dnia 23 do 25 z. m. uległo cholerze kilka osób w Nicei wywołała popłoch. Równocześnie donoszą o „przypadkach podejrzanych“ z Voltri Ridoliguerre i Sestri-Ponente w Liguryi. W Marsylii zmniejsza się nasilenie zarazy; dnia 26 z. m. wydarzyło się tamże tylko 27 przypadków śmierci. Z Berlina udali się Drowie Frank i Hack do Marsylii, aby zbadać chemicznie i drobnowidowo wodę na przedmieściu St. Loup, gdzie zaraza głównie się usadowiła. Z Tulonu donosi pewien lekarz do *Gaz. des Hôpitaux,* że od dnia 19 z. m. szerzyła się zaraza gwałtownie, występując równocześnie w kilku miejscowościach. Już w kilka godzin ulegały ofiary zarazie i to nietylko z klasy uboższéj. Pomiędzy zmarłymi byli oficerowie, jeden lekarz, uczniowie medycyny itd. W szpitalach wykonywa się wlewanie do żył na wielkie rozmiary, dotychczas jednak nie można było nabyć przekonania o skuteczności tego sposobu leczenia.

* **Wiadomości osobowe.** Radca Ministerstwa i referent spraw lekarskich w Ministerstwie spraw wewnętrznych Dr. Franciszek Schneider otrzymał szlachectwo jako właściciel orderu korony żelaznéj IIIciéj klasy. — W zakładzie dla umysłowo chorych w Pradze pełni obowiązki dyrektora najstarszy prymaryjusz Dr. Kratochwil. — Zwłoki Dra Thuilliera zmarłego w roku zeszłym w Egipcie, członka Komisyi francuskiéj, wysłanéj celem zbadania etyjologii cholery, przewieziono na koszt Rządu do Francyi.

* **Nekrologija.** W Elisabetgrodzie zmarł Dr. Jan Jastrzemski urodzony w Jaśle 1834.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 35: Zagórskiego: Dwa przypadki zwichnienia kości ramieniowéj ku tyłowi; Funka: Trądzik bliznowy; Baranowskiego: O leczeniu ostrych gorączek (dok.); Bujwida: Z pracowni prof. Kocha. — W *Medycynie* Nr. 35: Poznańskiego: Dławiec i błonica (c. d.).

Piśmiennictwo lekarskie. LANGLEBERT. Traité pratique des organes sexuels. Av. fig. 18 Paris, Doin. Fr. 7.

LIEBREICH O. u. LANGGAARD. Medicinisches Recepttaschenbuch. 1 Lfg. 8. Berlin, Tb. Fischer. M.—50.

LÖBKER Karl. Chirurgische Operationslehre. 1 Hälfte. Mit 107 Holzschn. gr. 8. Wien, Urban et Schwarzenberg M. 5.

LÖWE L., Die Krankheiten d. Ohres u. d. Nase 1. Thl. gr. 8. Berlin, Hempel. M. 7.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. K. Grabowski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod tymcz. zarządem Bol. Dembowskiego.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	**w Austryi** 8 złr. 80 c.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 12 września 1885. № 37. Rok XXIV.

I. Dyjagnostyka otrucia kwasem szczawiowym.

(Na podstawie przypadków spostrzeganych w Zakładzie sądowolekarskim Tajnego Radcy prof. Limana w Berlinie).

Podał Dr. Ignacy Schaitter.

Jak cała nowoczesna oświata i moda, ze swojemi dodatniemi i ujemnemi stronami do nas od zachodu się dostaje, tak też i w wyborze środków, któremi posługują się samo- i skrytobójcy wpływ zachodu jest bardzo widoczny. Rzut oka na historyję otruć za pomocą przetworów chemicznych przekonywa o prawdziwości tego twierdzenia; chemikalija postępują niejako w rękach samo- i skrytobójców od zachodu ku naszym stronom, pochód ten jednak odbywa się nader powoli, gdyż lata i lat dziesiątki upływają, zanim nowy środek wyjedna sobie w tym kierunku sławę w pewnéj okolicy. Do najczęstszych należą u nas otrucia fosforem, w Berlinie przypadki tego otrucia są obecnie bardzo rzadkie, podczas gdy przed laty 20 zajmowało ono tutaj pierwsze miejsce. Nie bez wpływu jest w tym względzie okoliczność, że zapałki fosforowe wychodzą z użycia w Berlinie, większy wpływ atoli przypisać należy okoliczności, że w użycie codzienne weszły inne środki chemiczne, używane w technice i w przemyśle, o których skuteczności publiczność rychło się dowiaduje. Środkiem obecnie modnym jest kwas szczawiowy, zwany tutaj niewłaściwie kwasem cukrowym (*Zuckersäure)* i szczawian potasowy czyli sól szczawikowa (*Kleesalz).*

Chcę niniejszém zwrócić uwagę na kilka okoliczności dotyczących rozpoznawania tego otrucia, aby już z początku, kiedy przypadki tego otrucia będą u nas jeszcze sporadyczne i rzadkie, daną była sposobność rozpoznania go przy sekcyi, zwłaszcza, że to otrucie jest jedném z takich, w których stanowcze rozpoznanie jedynie na podstawie sekcyi jest bardzo dobrze możliwe, badanie chemiczne ścisłe może być chyba tylko w bardzo wyjątkowych przypadkach potrzebne a lekarze sądowi mogą się przeto śmiało wyzwolić z zależności od chemików sądowych.

Przypadek pierwszy, który miałem sposobność obserwować na stole sekcyjnym, dotyczył kobiety 32 lat liczącéj, która żyjąc w niezgodzie z mężem i mieszkając osobno, zwabiła go do mieszkania sąsiadów swoich, tam czyniła mu gwałtowne wyrzuty z powodu jego sposobu życia, wreszcie wyszła do swojego mieszkania i wypiła roztwór kwasu szczawiowego we wodzie, jak się późniéj pokazało. Co do ilości środka nie można było zasięgnąć wiadomości. Gdy po upływie pół godziny weszli sąsiedzi do jéj mieszkania zastali ją leżącą na sofie, bardzo bladą, około niéj bardzo obfite wymiociny. Przytomność była utrzymana, na zapytanie odpowiedziała, że się otruła kwasem cukrowym, skarżyła się na dotkliwy ból w gardle i żołądku i na bardzo znaczne osłabienie. Wymioty powtórzyły się kilkakrotnie, w końcu były wyraźnie brunatno zabarwione; chora oddała również stolec. Zanim jednak zdołano postarać się o lek (wodę wapienną) zalecony przez przywołanego lekarza, nastąpiła śmierć wśród postępującego zapadu. Lekarz zastał ją jeszcze przytomną lecz prawie bez tętna, wstrzyknięcie eteru pod skórę pozostało bez skutku. Wkrótce chora utraciła przytomność, drgawek jednak nie spostrzeżono, ani też stolców krwawych.

Przy sekcyi nie spostrzeżono w mózgu i oponach nic charakterystycznego. Płuca były miernie przekrwione, język i błona śluzowa ust, przełyku, krtani i tchawicy niezmienione. Serce rozmiarów prawidłowych, w komórkach nieco skrzepów wiotkich, zastawki i tętnice główne prawidłowe. Zmiany charakterystyczne rozpoczynały się w dolnéj ⅓ gardziela, zajmowały żołądek i część dwunastnicy. Po spłukaniu cząstek pokarmów z tych części spostrzeżono, że błona śluzowa górnych części gardziela prawidłowego wejrzenia staje się w dolnéj jego części szarawą, nieprzeźroczystą nader łatwo schodzi odsłaniając tuż nad wejściem do żołądka głębsze warstwy: podśluzową i mięsną, które w ogóle blade i miękkie przedstawiają marmurkowanie brunatne, pochodzące od żył mocno wypełnionych w tych miejscach, krwią zmienioną na istotę brunatną, która przesiąka i barwi okoliczne tkani-

ny. Treść żołądka w ilości około 100 gm. gęsta, również brunatna, a po oddaleniu tejże, przyczém również schodzi prawie cała błona śluzowa znacznie rozmiękła i kleisto-galaretowata, widać było owo opisane marmurkowanie, zajmujące prawie całe dno żołądka. W okolicy odźwiernika było ono mniéj wybitne, w tém miejscu były jeszcze gdzieniegdzie utrzymane resztki błony śluzowéj, przesiąkłéj ową brunatną barwą, rozpulchnionéj i schodzącéj już nawet wśród spłukiwania wodą. Każdy strzępek z téj błony śluzowéj, jak niemniéj cząstki gęstéj treści żołądka, przylegającéj do ścian jego, zeskrobane za pomocą noża, przedstawiały badane drobnowidowo niezliczone mnóstwo drobnych połyskujących kryształków. Ściany żołądka w tylnéj części rozdzierały się nader łatwo przy najsłabszém pociągnięciu, tam zaś gdzie żołądek przylegał do wątroby w położeniu trupa na wznak widać było na torebce wątroby miejsce rozmiarów talara, różniące się znacznie od reszty miąższu wątroby zabarwieniem ciemno-brunatném i rozmięknieniem. Podobną wysepkę spostrzeżono również na torebce śledziony w tém miejscu, gdzie się stykała z żołądkiem. Reszta miąższu tych narządów nie przedstawiała zmian. W dwunastnicy była błona śluzowa utrzymana, nie schodziła wśród spłukiwania, była jednak nader rozpulchnioną a w dolnéj części narządu mocno nastrzykana. Nastrzykanie to ciemno-wiśniowe przechodziło ku żołądkowi w owo opisane brunatne zabarwienie. Reszta przewodu pokarmowego przedstawiała rozpulchnienie i nastrzykanie zwłaszcza w jelicie czczém; błona śluzowa jelita grubego nie przedstawiała zmian. Nerki, rozmiarów prawidłowych, przedstawiały na rozkroju zabarwienie ciemnosine, gołém okiem nie można było jednak wykazać zmian charakterystycznych. Dopiero badanie drobnowidowe przekrojów z zamrożonéj nerki otrzymanych, przekonało o obecności w kanalikach moczowych takich samych kryształków jakie napotkano w żołądku, jednak nie tak dobrze wykształconych. Po ich połysku można je łatwo odróżnić od innych tworów na przekroju niezabarwionym. Przy tém badaniu lepiéj jest posługiwać się przekrojami nieco grubszemi, gdyż z przekrojów cienkich wypada prawie zawsze treść kanalików moczowych tak, że tylko gdzieniegdzie można spostrzedz kryształki. Z najlepszym skutkiem bada się w tych przypadkach przekroje otrzymane za pomocą noża podwójnego. Pęcherz moczowy zawierał w obu przypadkach badanych tylko po kilka kropel mętnego moczu, których nie poddawano badaniu.

Przypadek drugi, który miałem sposobność obserwować również tylko na stole sekcyjnym, był bardzo do pierwszego podobny. Okoliczności, wśród których to otrucie miało miejsce, były tego rodzaju, że nie można było zasięgnąć żadnych wiadomości co do przebiegu za życia. Przy sekcyi nawet nie wiedziano zrazu, z czém się ma do czynienia. Dopiero oględziny żołądka, a zwłaszcza zbadanie mikroskopowe jego treści i przekrojów nerki, posłużyły do rozpoznania.

Zmiany makroskopowe nie były w tym przypadku tak głębokie,—zajmowały jednak cały żołądek prawie jednostajnie i część dwunastnicy. Rozmiękła i zmacerowana błona śluzowa żołądka zeszła w całości wśród spłukiwania tegoż odsłaniając warstwy głębsze, wprawdzie blade, przedstawiające jednak drobne marmurkowanie ciemno-brunatne, które pochodziło od żył i ich najbliższego otoczenia, zabarwionego zmienionym barwikiem krwi. Na przekroju nerki widoczne były wśród badania drobnowidowego typowe kryształki. Sekcyja wykazała nadto, że kobieta ta znajdowała się w 3cim miesiącu ciąży. Okoliczność ta dała mi pochop do zbadania treści jaja płodowego a przedewszystkiém wody płodowéj, w któréj nie zdołałem wykazać kryształków; również nie mogłem ich wykazać na przekrojach łożyska.

Nawiązując do krótkiego opisu tych przypadków, zastanowię się nad otruciem tém, które u nas dotąd zdarza się chyba bardzo wyjątkowo a za granicą stanowi przedmiot dosyć pokaźnéj liczby rozpraw. Nie zdziwi to nikogo, kto uwzględni, jaką rolę gra to otrucie w statystyce otruć. Nie są mi dostępne obecnie daty innych zakładów sądowo-lekarskich, podaję tedy tylko statystykę zakładu prof. Limana. Na 322 przypadków otruć, które stanowiły przedmiot badania sądowo i policyjno-lekarskiego w latach 1876 do 1882, przypada 185 przyp. zaczadzeń, 74 przyp. otruć przetworami sinowemi, 39 przyp. otruć kwasem szczawiowym lub szczawianem potasowym i 24 przyp. otruć kwasem siarkowym. Wśród lat ostatnich stosunek zmienił się jeszcze na korzyść kwasu szczawiowego a pochodzi to ztąd, że środek ten jest dostępny nader szerokiemu kołu publiczności, używany bywa bowiem powszechnie do czyszczenia naczyń i narzędzi miedzianych i mosiężnych. Pomimo całéj srogości przepisów policyjno-sanitarnych pruskich łatwo jest również postarać się o szczawian potasowy, używany do wywabiania plam z owoców i atramentu. O ile mi wiadomo nie robią i u nas sprzedający te sole żadnych trudności przy sprzedaży takowych. Jakie stanowisko zajmuje to otrucie w stosunku do innych otruć zaznacza L e s s e r w publikacyi swojéj (*Atlas d. ger. Med.*), poświęcając temu otruciu nie tylko więcéj tablic litografowanych lecz także omawiając je szczegółowo w dołączonym tekscie. Mówiąc już o tym atlasie muszę wspomnieć, że, zdaniem doświadczonego w tych rzeczach prof. L i m a n a, obraz odrysowany na tablicy VIII atlasu jest nieprawdziwym, gdyż kryształki, któremi na obrazie tym jest zasiana błona śluzowa, nie są nigdy tak wielkie, iżby je można widzieć gołém okiem, jak to właśnie przedstawiono na wymienionéj tablicy. Z własności kwasu szczawiowego, który ma obecnie rozległe zastósowanie, nie tylko w chemii lecz także w przemyśle obchodzi nas tutaj głównie własność jego, że będąc jako taki w wodzie rozpuszczalny tak samo jak i jego połączenia z potasowcami, tworzy z wapnem połączenie w wodzie wcale nierozpuszczalne, które różni się od innych ciał napotykanych w wydzielinach organizmu swoją postacią krystaliczną. Ktokolwiek zajmował się badaniem osadów moczu ludzkiego musiał niejednokrotnie spostrzedz owe połyskujące kryształki, przypominające kształtem swoim koperty. Myliłby się jednak każdy, ktoby sądził, że w téj postaci znajdzie kryształki szczawianu wapniowego w przypadku otrucia na błonie śluzowéj żołądka lub w kanalikach nerkowych. Jestto osobliwém i dotąd niewytłumaczoném, że to samo połączenie chemiczne, które w osadach moczu przybiera postać tak charakterystyczną, ukazuje się w przypadkach otruć wyjątkowo tylko w téj postaci, nie przybiera ono również kształtu zwanego *dumb-bells.* W przypadkach otruć, gdy więc wielka ilość kwasu samego lub jego połączenia dostała się do organizmu, widać szczawian wapniowy w miejscach wymienionych w postaci drobnych okruchów, które najpodobniejsze są jeszcze do połamanych osełek. Częściéj widzi się okruchy bez wyraźnéj krystalizacyi, które jednak połyskiem różnią się od otoczenia, przedewszystkiém jednak zachowują się charakterystycznie w obec kwasów: w mineralnych rozpuszczają się, w kwasie octowym są nierozpuszczalne, z rozczynów tedy w kwasach mineralnych opadają po dodaniu octanu sodowego.

Zapatrywania na działanie ogólne wielkich dawek kwasu szczawiowego ustaliły się dopiero pod wpływem nowszych badań. Jedną z pierwszych prac zajmujących się tym przedmiotem wyczerpująco i w świetle nowszych zdobyczy patologii jest rozprawa Onsuma (*Virch. Arch.* T. 28 z r. 1863). Zapatrywania wyjawione w tej pracy, która polega na doświadczeniach przedsiębranych pod kierunkiem Hoppe-Seylera wskazują, że kwas szczawiowy, tworząc wśród krwi połączenie z wapnem, daje powód do powstania drobnych zatorów rozgałęzień tętnicy płucnéj i tym sposobem śmierć sprowadza. Przeciw takiemu pojmowaniu rzeczy wystąpił Cyon z twierdzeniem, że kwas ten poraża serce. W polemice brał udział Almén stając po stronie Onsuma, sprawa jednak została dopiero przez Koberta i Küssnera w ten sposób rozstrzygniętą że zapatrywanie ich utrzymało się i zyskuje obecnie coraz więcéj podstaw. Za zasługę należy poczytać ostatnim, że w obszernéj pracy swojéj (*Virch. Arch.* Tom 78 str. 209, 1879) zwrócili uwagę na zmiany w nerkach i dokładnie je opisali. Zmiany te nie uchodziły uwadze dawniejszych badaczów i tak np. Rabuteau (*Gaz. med.* 1874), mówiąc o nich, podaje ogólnikowo: *on a observé dans les reins un infarctus* i błędnie porównywa je ze znanemi infarktami moczanowemi u noworodków, od których różnią się znacznie tém że się nie znajdują w szczytach piramid i kanalikach zbiorowych, lecz głównie w kanalikach krętych kory, nie można ich również spostrzedz gołém okiem, tak jak się widzi infarkty moczanowe, lecz dopiero wśród badania drobnowidowego. Rabuteau dopuścił się nadto ważnéj pomyłki chcąc widzieć w przypadkach otrucia kwasem szczawiowym jasnoczerwone zabarwienie krwi i utrzymywanie się w niéj dwu pręg absorbcyjnych po dodaniu środka odtleniającego, podobnie jak w przypadkach śmierci z zaczadzenia. Podań tych autora francuskiego nikt dotąd nie poparł a z wszystkiego tego domyślić się raczéj wypada albo mylki dyjagnostycznéj albo téż przypuścić trzeba, że R. miał przed sobą przypadek powikłany.

Rezultat pracy Koberta i Küssnera można streścić w ten sposób: kwas szczawiowy nie jest trucizną sercową, lecz przedewszystkiém działa na ośrodki nerwowe. Tém działaniem tłumaczą się wszystkie objawy spostrzegane po spożyciu tego środka. Zmiany charakterystyczne spostrzega się za życia w moczu (znacznie zwiększone wydzielanie szczawianu wapniowego i istoty odtleniającéj, co do istnienia któréj ciągle jeszcze zachodzi wątpliwość), po śmierci zaś spostrzega się zmiany charakterystyczne w nerkach. Tak jedne jak drugie występują w otruciach ostrych i przewlekłych, jednakże z różném nasileniem.

Jako *curiosum* muszę przytoczyć zdanie Uppmanna (*Allg. med. Centralztg.*, 1877), który twierdzi, że kwas szczawiowy wcale nie jest trucizną! Autor ten doświadczał własności środka w mowie będącego na psach. Zwierzęta te mają w stanie prawidłowym znaczną ilość soli wapniowych w przewodzie pokarmowym, może być tedy, że kwas szczawiowy nie może u nich rozwinąć działania swojego w całéj pełni, a przynajmniéj nie w takiéj dawce, jaka życiu człowieka zagraża. Że i od sposobu podawania kwasu szczawiowego zależy skutek, świadczą dosadnie doświadczenia przedsiębrane przez rodaka naszego Józefa Piotrowskiego w pracowni Buchheima w Dorpacie (*De quorundam acidorum organicorum in org. hum. mutationibus. Diss. inaug.* Dorpat, 1856). Rezultaty téj pracy stanowią podstawę publikacyi prof. Buchheima (*Archiv für physiol. Heilkunde,* 1857, str. 124), a z kwestyj bliżéj nas tutaj obchodzących wyczytuję w téj pracy, że Piotrowski wśród doświadczeń robionych na sobie, używał nawet 7 gramów tego kwasu (co godzina 1grm.) i nie doznawał oprócz pragnienia żadnych przypadków. Że nawet i większe dawki tego środka wzięte od razu nie bywają zawsze śmiertelne, zwłaszcza jeżeli żołądek jest wypełniony pokarmami, albo téż odpowiednia pomoc lekarska ma miejsce, świadczą dosyć liczne przypadki opisane.

Z prac ogłoszonych w ostatnich latach wymienić wypada dwie przedewszystkiém: Fraenkla w Berlinie ważną pod względem klinicznym (*Zeitschrift für klin. Med.* t. II, str. 664) i Lessera (*Virch. Arch.*, t. 83, str. 218), ważną pod względem sądowo-lekarskim. Praca Fraenkla miała na celu dokładne poznanie kliniczne zboczeń powstających w nerkach pod wpływem kwasu szczawiowego. F. nie ograniczył się do dokładnego opisu przypadków otruć obserwowanych w klinice, lecz poddawał mocz otrutego, a ostatecznie wyleczonego, codziennie dokładnym rozbiorom ilościowym, przyczém zbadał nietylko sprawę wydzielania kwasu szczawiowego, lecz także przedstawił obraz przemiany materyi pod wpływem tego kwasu. Doświadczenia kliniczne uzupełnił F. badaniami przedsiębranemi na królikach, przyczém stwierdził zapatrywania Koberta i Küssnera: że kwas szczawiowy bywa wydzielany nerkami, jużto jako kwas wolny, przedewszystkiém zaś w połączeniu z wapnem. Nerki królików, którym przez kilka dni wstrzykiwano wodny roztwór tego kwasu podskórnie, przedstawiały złogi szczawianu wapniowego, zwłaszcza w istocie korowéj, a mianowicie w kanalikach krętych i wśród przybłonków tychże, znacznie zaś mniejsze w kanalikach prostych. Wydzielaniu kwasu szczawiowego towarzyszy raz większe to znów mniejsze zadrażnienie miąższu nerkowego tak, że w jednych przypadkach bywa białko w moczu w większéj, w innych w bardzo małéj ilości.

Obszerniéj niż nad pracą Fraenkla wypadałoby się zastanowić nad rozprawą Lessera. Autor wziął sobie za zadanie zestawić dokładnie szereg zmian anatomicznych napotykanych w przypadkach otruć środkami żrącemi. Zadania tego podjął się wyłącznie ze stanowiska sądowo-lekarskiego, i to jedynie na podstawie badań anatomicznych. Zdaniem L. różnią się zmiany w przypadkach otruć kwasem szczawiowym od zmian powstających po otruciach innemi kwasami tém, że działanie kwasu szczawiowego uwydatnia się bardziéj w gardzielu i dwunastnicy, aniżeli w żołądku. O ile sądzić mogę na podstawie przypadków obserwowanych, to zdanie niniejsze Lessera należy poniekąd uzupełnić tym dodatkiem, że zmiany w żołądku przy sekcyi dla tego nie bywają w przypadkach otruć kwasem szczawiowym tak wybitne, gdyż w tych przypadkach występują rychło zmiany pośmiertne, polegające na rozpuszczeniu częściowém błony śluzowéj żołądka, tak że nie ma się tu już do czynienia z rezultatem działania żrącego tego kwasu, które za to bywa widoczném w gardzielu i dwunastnicy. Wobec tego częściowego rozpuszczenia błony śluzowéj żołądka trudno téż w tych przypadkach mówić o wybitnych wybroczynach wśród błony śluzowéj żołądka. W tych przypadkach, które miałem sposobność widzieć, można się było raczéj domyśleć, że pierwotnie istniały wybroczyny a to z powodu obecności mocnego zabarwienia brunatnego, które jest następstwem działania kwasu szczawiowego na barwik krwi. Sądzę jednak, że obecność lub brak wybroczyn podrzędną gra rolę w przy-

padkach otrucia kwasem szczawiowym. Siłę dowodu stanowi bezsprzecznie wykazanie kryształków w treści żołądka i w nerkach. Że kryształki te wykazać można również w dalszych częściach przewodu pokarmowego, nie ulega wątpliwości, nie przekonałem się jednak, żeby ich tam więcéj być miało niż w żołądku; również nie udało mi się nigdzie spostrzedz kształtu *dumb-bells*, który Lesser wśród swoich poszukiwań bardzo często znajdował. W zgodzie ze spostrzeżeniami Lessera był w przypadkach obserwowanych objaw, że pęcherz moczowy bywa próżny przy sekcyi osób otrutych. To też nie byłem w stanie na podstawie dotychczas obserwowanego materyjału podjąć doświadczeń nad obecnością w moczu istoty odtleniającéj, o któréj wspominają Kobert i Küssner, a któréj przypisują wielkie znaczenie dyjagnostyczne. Na 19 przypadków zbadanych zastał Lesser tylko w jednym taką ilość moczu w pęcherzu, że rozbiór był możliwym — rezultat tego rozbioru był jednak ujemny. Tak tedy rzecz tę należy jeszcze pozostawić w zawieszeniu, dopóki późniejsze doświadczenia nie rozstrzygną o obecności takiéj istoty w moczu otrutych, ewentualnie o jéj znaczeniu dyjagnostycznem.

Na krew działa kwas szczawiowy tak samo jak i inne kwasy — czy to mineralne, czy organiczne: zmiana polega na rozłożeniu hemoglobinu na hematyn, który też spektralnie wykazać można, zmiana ta następuje jednak tylko po zmieszaniu kwasu szczawiowego z krwią w epruwetce, krew ludzi zmarłych z otrucia tym kwasem nie różni się wcale od krwi innych trupów — a pręgę hematynową można widzieć w téj krwi wtedy tylko, jeżeli się bada krew z żył żołądka, gdzie kwas częścią za życia a głównie po śmierci działał bezpośrednio na skrzepy w naczyniach. Naturalnie, że zmianę barwy krwi można spostrzedz w tych miejscach już gołém okiem.

II. Z pracowni chemii lekarskiéj prof. Dra Stopczańskiego i z oddziału chorób wewnętrznych prof. Dra Pareńskiego.

Doświadczenia nad antipyrynem, jako środkiem przeciwgorączkowym z uwzględnieniem jego wpływu na przemianę materyi.

Podał Dr. Józef Wiczkowski,
asystent zakładu chemii lekarskiéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

V. Przypadek. *Pleuropneumonia dextra.* M. Dubas, lat 24, wyrobnik, zgłosił się do szpitala 9 grudnia 1884, podając, iż przed trzema dniami miał napad dreszczów z następową gorączką i bólem głowy. Bliższych szczegółów trudno się dowiedzieć, bo chory jest ospały, apatyczny, prawie nieprzytomny. Stan chorego następujący: Budowa dobra i odżywienie mierne; język suchawy, obłożony; *herpes* na wardze. W narządzie oddechowym: odgłos wypukowy przytłumiony z przodu po prawéj do 2 żebra, z tyłu do grzebienia łopatki, tamże oddech osłabiony, zresztą obok nielicznych gwizdów nic nie ma nieprawidłowego w płucach. Kaszel mały, plwociny śluzowe, liczba oddech. 46. Tętno słabe, nikłe 104. Bolesność i kruczenie nad kiszką ślepą, czyszczenia nie ma, apetyt upośledzony. Stłumienie śledziony rozciąga się od dolnego brzegu 7 żebra aż na dwa palce poniżéj łuku żebrowego, brzeg jéj miękki, zaokrąglony, przy dotyku bolesny. Chory bardzo osłabiony, apatyczny.

10 grudnia (IV dzień choroby).

Godzina	8r.,	10,	11,	12,				
Ciepłota	40·5,	40·5,	40·5	40·3,				
Tętno	108							
Oddech	46,							
Godzina	3p.,	4,	5,	6,	7.	8,	9,	10,
Ciepłota	40·0,	40·4,	40·4,	40·3,	40·3,	40·2,	40,	40,
Tętno	120,					112,		
Oddech.	42,					42.		

Dyjeta przez cały czas obserwacyi była: trzy razy dziennie mleko i jedna bułka, za napój kwasku 500 sz. cm. (5:500) i *decoct. rad. alth. et liquir.* 500 cm. sz.

Odgłos wypukowy po prawéj stronie z przodu do 3go żebra, z tyłu poniżéj grzebienia łopatki stłumiony. W témże miejscu oddech oskrzelowy obok dźwięcznych rzężeń. Kaszel suchy, apetyt lichy, stolec zaparty, język suchy obłożony. Chory ospały, prawie nieprzytomny. Pokarmy tylko po zachęceniu go przyjmuje.

Mocz w ilości 130 sz. cm. na dobę, barwy nasyconowinowo-żółtéj, oddziaływa kwaśno, białka 0·006% (ślad wybitny), chlorki w ilości silnie zmniejszonéj.
Ilość mocznika % 2·88 gr., a na dobę 3·744 gr.
Ilość kwasu siarkowego połączonego z ciałami mineralnemi (A) 0·576%, na dobę 0·748 gr. a połączonego z ciałami aromatycznemi 0·024%, na dobę 0·032 gr.

$$\frac{A}{B} = \frac{0·576}{0·024}.$$

11 grudnia (V dzień choroby).

Godzina	6r.,	7,	8,	9,	10,	11,	12,	
Ciepłota	39·7,	39·5,	39·2,	39·4,	38·3,	38·2,	37·6,	
Tętno					120,			
Oddech.					42,			
Antipyryn				2gr.,	2gr.,	1gr.,		
Godzina	1p.,	2,	3,	4,	5,	6,	7,	8,
Ciepłota	37·0,	37·0,	37·1,	37·4,	37·6,	37·2,	37·1,	37·3,
Tętno			102,			108,		
Oddech			40,			36,		

Po podaniu antipyrynu ciepłota opadła wśród obfitych potów. Podczas gdy przed południem chory był senny, apatyczny, po południu około godziny 3ciéj znaleziono chorego przytomniejszym, na pytania odpowiada, okazuje więcéj zajęcia, choć czuje się znacznie osłabionym. Naciek w płucach posunął się ku dołowi, mianowicie z przodu do 4go międzyżebrza, z tyłu do połowy łopatki; w szczycie pachy prawéj odgłos wypukowy przytłumionobębenkowy. W miejscu stłumienia szmer oddechowy oskrzelowy, po kaszlu liczne rzężenia dźwięczne, średnio-bańkowe. Ani moczu ani stolca chory w tym dniu nie oddał.

7 marca (VI dzień choroby).

Godzina	6r.,	7,	9,	10,	11,	12,
Ciepłota	39·5,	39·0,	38·1,	38·5,	38·0,	37·8,
Tętno			118,			
Oddech.			40,			
Antipyryn		1gr.,	2gr.,			
Godzina	2p.,	4,	5,	6,	7,	8,
Ciepłota	38·5,	38·3,	37·8,	37·7,	37·6,	37·4,
Oddech.	42,					36,
Antipyryn	2gr.,	1gr.,				

Po antipyrynie o godz. 7 wieczorem były wymioty. Skóra spocona, język obłożony, stłumienie z przodu sięga do 5go żebra, z tyłu prawie do dolnego kąta łopatki. W szczycie natomiast przebija odgłos wypukowy więcéj bębenkowy. W miejscu stłumienia oddech oskrzelowy z nielicznemi rzężeniami dźwięcznemi. Kaszel

suchy. Stłumienie śledziony jednakich rozmiarów. Dzisiaj chory znowu apatyczny, senny. Stolec był skąpy.

Mocz w ilości 530 sz. cm. barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddziaływa kwaśno, ciężar gat. 1·027, białka 0·008% (nader mała ilość), chlorki w ilości zmniejszonéj.
Ilość mocznika % 1·902 grm., na dobę 10·078 grm.
Ilość kwasu siarkowego połączonego z ciałami mineralnemi (A) 0.410 na dobę 2·173 a połączonego z ciałami aromatycznemi (B) 0·146%, na dobę 0·774 grm.

$$\frac{A}{B}=\frac{0{\cdot}410}{0{\cdot}146}.$$

13 grudnia (VII dzień choroby).

Godzina	6r.,	7,	8,	9,	11,	12,		
Ciepłota	38·6,	38·4,	38·0	38·6,	38·0,	37·8,		
Tętno				108,				
Oddech.				42,				
Antipyryn				2gr.,	1gr.			
Godzina	1p.,	2,	3,	4,	5,	6,	7,	8,
Ciepłota	37·2,	37·0,	37·2,	37·5,	37·5,	37·4,	37·4,	37·2,
Tętno			96,					96,
Oddech.			42,					

Stan przedmiotowy jak wczoraj. Chory czuje się silniejszym, mniéj ospały, sensorium wolne.

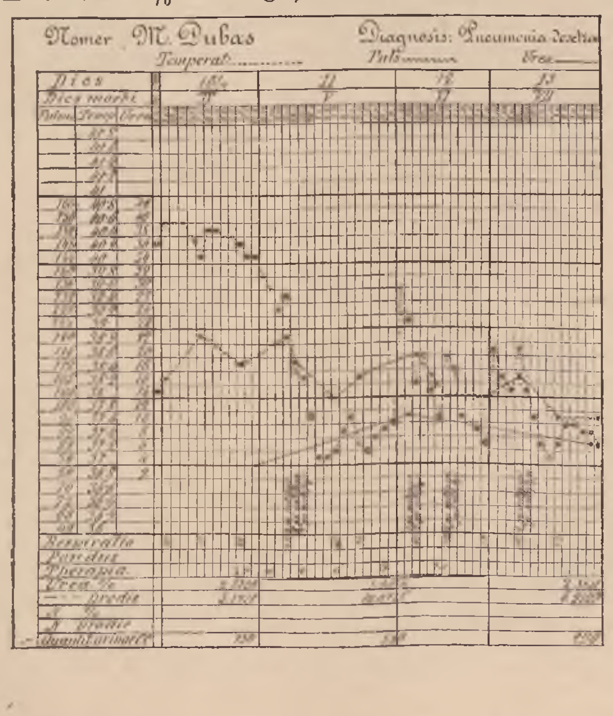
Mocz w ilości 290 cm. sz., barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddziaływania kwaśnego, cięż. gat. 1·023, białka 0·006% (ślad wybitny), chlorki w ilości znacznie zmniejszonéj prawie = 0.
Ilość mocznika % 2·384 gr., na dobę 6·911 gr.
Ilość kwasu siarkowego połączonego z ciałami mineralnemi (A) = 0·234%, na dobę 0·679 gr. a połączonego z ciałami aromatycznemi (B) = 0·110%, na dobę 0·319 gr.

$$\frac{A}{B}=\frac{0{\cdot}234}{0{\cdot}110}.$$

14 grudnia (VIII dzień choroby).

Ciepłota ranna o 8 godz. 38·0, tętno 108, oddech. 40, ciepł. wieczorna 37·7, tętno 96, oddech. 36. Odgłos wypukowy jawnieje nieco, stłumienie daléj nie posuwa się. Naciek poczyna się rozdzielać. Stan podmiotowy poprawia się.

Mocz w ilości 245 sz. cm., barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddziaływania kwaśnego, ciężar gatunkowy 1·021, białka 0·005% (ślad zaledwie spostrzegalny), chlorki w ilości znacznie zmniejszonéj prawie = 0.
Ilość mocznika % 2·999 gr., na dobę 7·348 gr.



15 grudnia (IX dzień choroby).

Ciepłota rano 39·0°C., tętno 102, oddech. 42, ciepł. wieczor. 40·1, tętno 102. Naciek się rozdziela.—Ciepłota podniosła się z powodu komplikującego zapalenia gruczołu przyusznego lewego, nad którym skóra zaczerwieniona, bolesna.

Odtąd sprawa zapalna ustępowała daléj *per lysim.* — Nadmienić należy, iż u dotyczącego chorego w 9 dni po zaprzestaniu używania antipyrynu okazała się wysypka na całém ciele podobna do wysypki płonicowéj w postaci plamek czerwonych zlewających się gdzieniegdzie, które przy dokładniejszém badaniu okazały się jako złożone z drobnych guzków. Już w dniu następnym wysypka zbladła, trzeciego dnia nie pozostało z niéj ani śladu. (To późne wystąpienie, bo w 9 dni, po zaprzestaniu użycia antipyrynu przemawia przeciw jéj zależności od używania antipyrynu).

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Wł. A. Gluziński: **Działanie wyskoku na czynność żołądka ludzkiego, tak w stanie fizyjologicznym jak i patologicznym.** (Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego).

Celem pracy niniejszéj jest zbadanie wpływu wyskoku, jako najważniejszego czynnika napojów rozgrzewających, na sprawę trawienia w żołądkach ludzkich. — Sprawa ta do téj chwili nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnioną, gdyż do doświadczeń w tym celu używano przeważnie tylko zwierząt albo téż badano sztuczne trawienie soku żołądkowego po za ustrojem żyjącym, na ludziach zaś dokonane doświadczenia (Kretschy, Richet, Buchner), za mało w tym kierunku były wyzyskane. Zestawienie dokładne literatury do ostatnich czasów wykazuje, że prace dotychczasowe zgodne są tylko co do tego szczegółu, że wyskok w znacznéj ilości użyty upośledza trawienie. Inne wyniki albo nie zgadzają się z sobą, albo téż nie są w stanie wytłumaczyć objawów w życiu codzienném spostrzeganych.

W doświadczeniach obecnych śledził autor przebieg trawienia pod wpływem wyskoku na człowieku od chwili do chwili i to na człowieku, którego trawienie żołądkowe bez wyskoku poprzednio było należycie zbadane. Sposób badania był z małemi odmianami ten sam, jaki autor wspólnie z Doc. Dr. Jaworskim już poprzednio do badania trawienia istot białkowatych zastósował i w Przeglądzie Lek. (Nr. 3—5 z r. 1885) ogłosił.

Wstępne badania dokonane na osobach zdrowych doprowadziły do następujących wyników:

1) Wyskok znika z żołądka szybko i to zależnie od ilości;

2) Aldehydu wykazać nie można i najprawdopodobniéj wyskok jako taki z żołądka przechodzi do obiegu krwi;

3) W trawieniu żołądkowém pod wpływem wyskoku należy odróżnić dwie fazy, pierwszą podczas któréj wyskok w żołądku się znajduje, drugą gdy tenże już z żołądka ustąpił;

4) Cechą fazy pierwszéj jest upośledzenie, a właściwie zwolnienie trawienia istot białkowatych, podczas gdy druga odznacza się wydzielaniem dzielnego soku, obfitującego zwłaszcza w kw. solny;

5) Siła mechaniczna żołądka zostaje w miernym stopniu upośledzona;

6) Wydzielanie soku po ukończeniu trawienia trwa dłużéj niż wśród zwykłego trawienia bez wyskoku;

7) Pod wpływem wyskoku nagromadza się w żołądku znaczniejsza ilość cieczy, która bardzo często przez pewien przeciąg trawienia jest przez żółć żółto zabarwioną.

W obec tych wyników przypisuje autor małym dawkom wyskoku pożądany i korzystny wpływ na trawienie żołądkowe skutkiem powiększenia ilości kw. solnego w drugiéj fazie trawienia.

Inaczéj ma się rzecz z dużemi dawkami wyskoku, gdyż tu początkowy okres zwolnienia trawienia trwa dłużéj, a nadto funkcyja mechaniczna żołądka jest więcéj upośledzoną.

Małe dawki wyskoku powinny więc być wprowadzane przed jedzeniem, aby pokarmy trafiły wprost na drugi okres trawienia a uniknęły niekorzystnego wpływu okresu pierwszego.

Drugi szereg doświadczeń odnosi się do wpływu wyskoku na trawienie w stanach patologicznych żołądka. Żołądki badane przedstawiały dwie formy zboczeń, które autor odróżnia na podstawie doświadczeń wspólnie z Doc. Jaworskim przedsiębranych, tj. z dużą i małą kwaśnością soku żołądkowego (Przegląd Lekarski 1884, Nr. 16, 17, 18 i 1885, Nr. 3, 4, 5). Wyniki w tym zakresie otrzymane dadzą się streścić w następujących słowach:

Tak w przypadkach z małą, jakoteż w przypadkach z nadmierną kwaśnością treści żołądkowéj, szczególnie jeżeli wydalanie pokarmów jest upośledzone (co zdarza się najczęściéj) użycie napojów wyskokowych, mianowicie silniejszych, wcale nie ułatwia trawienia i owszem rychléj takowe opaźnia. Dla tego téż wcale nie jest usprawiedliwioném podawanie rozmaitych przetworów wyskokowych z pepsynem, które bywają zalecane w przypadkach „osłabionego trawienia“ bez względu na właściwą przyczynę tego zboczenia. (*Medycyna* 1885, Nr. 20—23). α.

Jacksch: Uretan nowy lek nasenny.

Po doświadczeniach Schmiedelberga, poczynionych nad działaniem uretanu na ustroje zwierzęce bliską była myśl zastosowania tego środka jako leku nasennego u ludzi. J. przekonał się wśród doświadczeń własnych, że dawki uretanu wynoszące nawet 0·5 grm. na jeden kilogram ciężaru ciała nie sprowadzają wcale złych następstw, to też skłoniło go do podania tego przetworu ludziom, a mianowicie 0·25 do 1gm. Dawki małe sprowadzały senność, dawki wyższe niż 1·0 grm. nie zawodziły nigdy i wywoływały trwały sen. Jeżeli wolno wysnuwać wnioski z prób dotąd nielicznych to działanie uretanu objąć można następującém określeniem: Środek ten działa przedewszystkiém na mózg, nie wpływa wcale na pobudliwość narządów czuciowych obwodowych, to téż podawanie tegoż było zupełnie bezskuteczne w przypadkach uporczywego kaszlu u suchotników, nie przynosił on również ulgi w nerwobólach obwodowych ani w owych błyskawiczych bólach, pojawiających się u cierpiących na uwiąd rdzenia pacierzowego.

W obec wszystkich znanych środków nasennych przedstawia uretan następujące zalety:

1) Wszyscy chorzy znoszą go dobrze;

2) Nie wywołuje wcale działania ubocznego;

3) Jak świadczą dokładne obserwacyje, bywa sen wywołany dawką uretanu, najpodobniejszym do snu naturalnego fizyjologicznego. Jacksch wyraża przekonanie, że uretan zyska uznanie przedewszystkiém przy stosowaniu u dzieci, dla których nie ma dotąd środka nasennego wolnego zupełnie od działania ubocznego i że próby czynione z tym środkiem w przypadkach obłędu wyskokowego i u chorych szałowych powinny doprowadzić do wyników pożądanych. (*Wr. med. Blätter* 1885, Nr. 33). *Dr. Schaitter.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.
Sekcyja lwowska

IV zwyczajne posiedzenie dnia 21 marca 1885 r.

Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 24.

Po odczytaniu i przyjęciu protokułu z ostatniego posiedzenia kol. Pawlikowski miał wykład, którego przedmiotem był przyczynek do nauki o leczeniu duru. Prelegent oświadcza, że jakkolwiek w leczeniu duru przyznać dziś należy znaczny postęp, zwłaszcza co do obniżania gorączki, to przecież wyleczenie chorego zawisło nie od sposobu leczenia i środków leczniczych, ale od charakteru panującéj epidemii, a względnie od stanu wody gruntowéj. Omawia związek, jaki zachodzi między chorobami ziemnemi (*Bodenkrankheiten*), jak dur, zimnica, cholera itd. a stosunkami ziemi, jak: ciepłota, kwas węglowy i wilgoć, tłumaczy znaczenie opadów atmosferycznych i wspomina o doświadczeniach Dra Ileka, który czyniąc przez 8 lat spostrzeżenia w Pola stwierdził, że im większa ilość opadów atmosferycznych w jednym roku tém w następnym roku również większa ilość chorych na zimnicę i odwrotnie po suchych latach, była w następnych mała ilość chorych na zimnicę. Okres czasu, jaki upłynął między największą ilością opadów atmosferycznych a największą ilością chorych na zimnicę wynosił 6 miesięcy, podczas gdy w durze upływa mniéj więcéj 4 miesiące czasu od najwyższego stanu wody gruntowéj do czasu najniższéj liczby chorych. Prelegent wspomina o znanych już co do duru spostrzeżeniach Pettenkofera i przytacza wyniki badań Porta, lekarza wojskowego, który przez 10 lat badał warunki szerzenia się duru w szpitalach wojskowych w Monachijum. Co do wody gruntowéj sprawdził Port ten sam związek z durem co i Pettenkofer. W 4 koszarach pilnie notował Port przez lat 10 stan wody gruntowéj i stwierdził, że po wysokim stanie wody gruntowéj nastaje słaba epidemija, a po niskim silniejsza, tak co do ilości chorych jak i zmarłych. Fakt, że jedni i ci sami lekarze leczyli tych samych żołnierzy na dur w tych samych 4 szpitalach wojskowych wśród jednakowych warunków higijenicznych i wykazali różną śmiertelność, zwrócił uwagę Porta (że np. w koszarach nad Izarą ze 100 chorych umierało 28% a w koszarach Maksymilijana w tym samym czasie 6% do 11%) ułożył on więc tablicę śmiertelności podług miesięcy 4ch lat z 4ch koszar i okazało się, że w miesiącach od grudnia do maja procent śmiertelności był wielki, podczas gdy w innych miesiącach wyniki leczenia były jak najlepsze. Porównywając zaś tablicę ruchów wody gruntowéj zestawioną podług miesięcy z tablicą ilości chorych i procentem śmiertelności, okazało się, że przy niskim stanie wody gruntowéj były ciężkie złośliwe epidemije, które sprowadzały do 28% zmarłych ze 100 chorych, przy wysokim zaś stanie wody gruntowéj śmiertelność równała się prawie 0. W taki sposób wykazał Port, że złośliwość lub łagodność epidemij zależy od stanu wody gruntowéj, a od charakteru epidemii dobry lub zły wynik leczenia. W końcu podniósł prelegent myśl zaprowadzenia pomiarów stanu wody gruntowéj we Lwowie.

W dyskusyi zauważył kol. Widmann, że nie wysoki lub niski stan wody gruntowéj (którą właściwie zaskórną nazywają) ale znaczny opad lub wzniesienie się téj wody ma wpływ na powstawanie epidemij duru, bo odchody chorych mają wtedy większą łatwość lub trudność dostawania się do wody zaskórnéj. Że więc dobra kanalizacyja wielce przyczynić się może do oczyszczenia miasta, a więc do rozszerzenia lub zmniejszenia epidemij duru, nie ulega wątpliwości. O ile np. system beczkowy zaprowadzony w szpitalu powszechnym lwowskim przyczynił się do złagodzenia śmiertelności, nie może kol. W. powiedzieć, bo dat na to nie zebrał, że jednak przebieg duru obecnie jest w ogóle łagodniejszy, to może przyznać. Co do koków durowych sądzi kol. W., że one nie zawsze są nośnikiem i przyczyną choroby, ale raczéj bodźcem

i charakterystycznym może, ale tylko dodatkiem, tak zresztą dziś już i o prątku gruźliczym sądzić zaczynają, że niekoniecznie być musi wśród gruźlicy. Że odchody chorych na dur będące w rozkładzie są nośnikami choroby, świadczy wiele przykładów, gdzie odchody chorych wylewano na śmiecisko lub gnoisko, a wtedy wszyscy okoliczni mieszkańcy zapadali potém wkrótce na dur. Co do myśli kol. Pawlikowskiego, aby zaprowadzić we Lwowie stacyje obserwacyjne co do stanu wody zaskórnéj, sądzi kol. W., że nie jestto rzeczą trudną, nadmienia jednak, że dopóki nie zostanie przeprowadzona kanalizacyja we Lwowie, zaprowadzone wodociągi, nakryta i uporządkowana Pełtew, to dur we Lwowie nie wygaśnie, przypomina, że gdy we Lwowie przeniesiono areszta z Chorążczyzny nad Pełtew od razu przybyło z aresztów do szpitala 100 chorych na dur.— Kol. Merczyński oświadcza, że według Fodora z Pesztu zależą epidemije duru, śmiertelność itd. nie od stanu wody zaskórnéj ale od brudu i nieczystości, jakie w danêm mieście panują, stan zaś wody zaskórnéj o tyle wpływa na rozszerzanie się duru itd., o ile woda brudy i nieczystości rozpuszcza i roznosi. A więc im większa czystość panuje w jakiém mieście, im więcéj mioteł pracuje itd. nad usunięciem brudu i nieczystości, têm lepszy stan zdrowia mieszkańców: mniéj epidemij, a w razie epidemii têm mniejsza śmiertelność. Kol. M. sądzi wreszcie, że w tak ważnych sprawach nie można w ogóle jednostronnie sądzić i polegać na jednym tylko autorze i jego poglądach.— Kol. Pisek nadmienia, że praca Porta jest właśnie taką jednostronną, obejmuje bowiem tylko najzdrowszych ludzi, kwiat młodzieży, t. j. żołnierzy, i może ma wartość jaką dla miasta Monachijum, ale najważniejszą jest chyba tylko dla załogi monachijskiéj, więc nie podobna uogólniać zasady i zapatrywań z téj pracy wypływających. Co do koków zaś to w ogóle dziś wcale jeszcze nie czas na budowanie zasad na bakteryjologii, bo właściwie jeszcze nie wiadomo na pewne, czy one są przyczyną, czy skutkiem, czy tylko dodatkiem chorób, w których je znaleziono — Przewodniczący przemawia w obronie dat statystycznych Porta, nadmienia, że daty statystyczne co do zapadania na pewne choroby, dają tak wielką możność obracania cyframi do pewnych upatrzonych celów, że powstała myśl, aby statystykę uprościć a to przez badanie chorób w najprostszych warunkach powstających. I tak rozpoczął Port badania swe od badania duru u żołnierzy, to jest u ludzi jednéj płci, jednego wieku i zajęcia, żyjących w jednych warunkach higijenicznych co do mieszkania w koszarach, odzieży, żywienia, itd.

Kol. Pawlikowski tłumacząc co jest woda gruntowa twierdzi, że wyraz „gruntowa“ lepiéj tłumaczy istotę rzeczy, niż nazwa „zaskórna“, następnie oświadcza, że pomimo, iż badania Porta odnoszą się tylko do jednéj klasy ludzi, tj. żołnierzy, to przecież ten kwiat nie tak bardzo odpornym być musi skoro na 6,000 załogi zapada rocznie 31·2% na dur, przytacza w obronie Porta okoliczność, że właśnie w koszarach nad Izarą jest największa śmiertelność, podczas gdy w koszarach wyżéj położonych mniejsza, że zatêm odchody nie wpływają, a w końcu oświadcza, że badania Porta o tyle mają względne znaczenie, o ile miejscowości inne te same warunki zdrowotne mieć mogą co i Monachijum. (Dok. nast.).

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 16—22 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 31,0. Z odry umarło 0 (3 z. t.); z płonicy 2 (1 z. t.); z błonicy 3 (0 z. t.); z krztuśca 1 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z róży 2 (0 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach odry, 1 płonicy, 2 krztuśca, 1 błonicy, 2 czerwonki. W tygodniu od 9—15 sierpnia umarło z ospy: w Hamburgu, Brukseli i Bazylei po 1, w Petersburgu i Pradze po 2; w Warszawie i Budapeszcie po 4; w Rzymie 5; w Wenecyi 6; w Odesie 7; w Londynie 12; w Wiedniu 16. Zachorowało na ospę: w Budapeszcie 15, w Wiedniu 32, w Londynie 45. Z duru brzusznego umarło w Wiesbadenie 1, zachorowało 37. Z duru osutkowego umarło w Wiedniu i Amsterdamie po 1; w Petersburgu 2, w Londynie 3. Z cholery umarło w Hiszpanii od 5—8 sierpnia 6.658, zachorowało 18.231.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 9—15 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,9; w Warszawie 36,0; w Poznaniu 30,0; w Pradze 28,3; w Wiedniu 24,8; w Budapeszcie 21,9; w Berlinie 27,9; w Hamburgu 25,4; w Gdańsku 28,2; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Mnichowie 32,9; w Amsterdamie 18,7; w Bazylei 21,1; w Brukseli 21,9; w Chrystyjanii 24,3; w Kopenhadze 19,3; w Londynie 18,7; w Odesie 43,6; w Paryżu 20,6; w Petersburgu 26,7; w Rzymie 23,5; w Stokholmie 22,2; w Wenecyi 27,6; w Zürychu 19,6. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 10 września. Redaktor Przeglądu Lekarskiego powrócił do Krakowa i obejmuje swoje obowiązki.

* P. Minister wyznań i oświaty w porozumieniu z Ministerstwem spraw wewnętrznych, zamianował w myśl ordynacyi dla rygorozów lekarskich Dra Antoniego Rosnera, c. k. nadzw. prof. Uniw. Jagiell., komisarzem rządowym; Dra Tadeusza Browicza, c. k. zwycz. prof. Uniw. Jagiell. zastępcą komisarza rządowego przy ścisłych egzaminach lekarskich w Uniwersytecie krakowskim; zaś Dra Stanisława Domańskiego c. k. nadzw. prof. współegzaminatorem dla drugiego ścisłego egzaminu lekarskiego; Dra Stanisława Ponikłę, docenta pryw. zastępcą współegzaminatora dla drugiego ścisłego egzaminu lekarskiego; Dra Alfreda Obalińskigo, c. k. nadzw. prof. współegzaminatorem dla trzeciego egzaminu lekarskiego, a Dra Leona Jakubowskiego, c. k. nadzw. prof. tegoż zastępcą — wszystkich na przeciąg roku szkolnego 1885/6.

* Prof. Mikulicz wraca do Krakowa d. 16 b. m. po kilkutygodniowéj nieobecności.

* Rada miasta Paryża postanowiła na wniosek referenta Chassainga wybudować na cmentarzu Père-Lachaise trzy przyrządy do palenia zwłok systemu Goriniego, jakie obecnie są w użyciu w Rzymie i Medyjolanie. W przyrządach tych będą tymczasem palone zwłoki zmarłych w szpitalach paryskich, na których wykonano sekcyje, gdyż dotąd nie rozstrzygnięto kwestyi czy do zaprowadzenia palenia zwłok trzeba osobnéj ustawy. Dziennie będzie można spalić 12 zwłok, materyjałem opałowym będzie drzewo, a ponieważ liczba zwłok sekcyjonowanych wynosi rocznie 4.000, wystarczą na razie te trzy przyrządy. Koszta spalenia jednych zwłok wynoszą wraz z urną 15 franków.

* Do dnia 5 września było w Luhaczowicach 1.365 gości; w Cieplicach czeskich 7.574 gości.

* **Bruksela**. Dnia 31 sierpnia otwartym został VI Międzynarodowy Zjazd farmaceutyczny w zastępstwie Króla i hr. Flandryi przez Ministra spraw zagranicznych hr. Caraman Chimay. W Zjeździe tym bierze udział koło 600 członków, między temi prawie 200 z poza Belgii. Prawie wszystkie kraje europejskie i amerykańskie są reprezentowane. Na porządku dziennym są pytania: 1) Czy należy dążyć do międzynarodowego porozumienia co do badania pożywek i używek i czy dla ochrony publiczności od fałszerstw należy ustanowić międzynarodowy komitet, którego zadaniem byłaby ścisła kontrola nad sprzedażą pożywek i używek? 2) Czy należy dążyć do międzynarodowego porozumienia celem ustanowienia granic odnoszących się do uznania jakiéjś wody za wodę do użytku? 3) Czy należy dążyć do międzynarodowego porozumienia się pod względem nauki farmaceutów? Prócz tego ma być poruszoną sprawa międzynarodowéj farmakopei i wolności zmiany miejsca przez kondycyjonujących farmaceutów.

Po obradach Zjazdu tego nie należy się wiele spodziewać, gdyż dopuszczono do obrad i głosowania także członków nie będących aptekarzami, na poprzednich Zjazdach mieli głos jedynie delegaci Państw lub Towarzystw na Zjazd zaproszonych.

* **Neapol**. Prof. Rummo wysłany przez Rząd włoski do Hiszpanii celem studyjowania cholery i rezultatów szczepień Dra Ferrana, przywiózł ze sobą cztery flaszeczki płynu szczepiennego. Magistrat jednak wysłał natychmiast urzędnika do pracowni profesora, aby skonfiskował te flaszeczki, które opieczętowano i przechowano w osobnéj izbie urzędowo zamkniętéj.—Do rąk właściciela dostaną się one dopiero, gdy gminna Komisyja sanitarna rozstrzygnie w porozumieniu z władzami rządowemi czy profeso-

rowi Rummo można dozwolić czynić doświadczenia z tym płynem. Na wszelki sposób będą się te doświadczenia odbywać zdala za miastem w miejscowości odosobnionéj.

* **Nekrologija.** Dnia 30 sierpnia rb. zmarł w Berlinie na zapalenie otrzewny Dr. Paweł Börner, który w świecie lekarskim berlińskim zajmował jedno z wybitniejszych stanowisk nie tylko jako praktyk, ale także na polu literatury lekarskiéj, a również nader gorliwie zajmował się w ostatnich czasach sprawami higijenicznemi. Urodził się w Jacobshagen na Pomorzu w r. 1829, otrzymał stopień doktorski w Gryfii w r. 1854. Działalność jego odznaczała się tém, że dawał pohop do powstania i był wydawcą wielu wydawnictw, które dziś pokaźne miejsce w literaturze niemieckiéj zajmują; dość wspomnieć tygodnik lekarski berliński *Deutsche medicinische Wochenschrift*, który od lat 11tu redagował, *Jahrbuch der praktischen Medizin*, którego redakcyją i wydawnictwem chlubnie zajmował się od r. 1879. Niemałe położył on zasługi około przyjścia do skutku wystawy higijenicznéj berlińskiéj w r. 1883, spełniając ciężkie obowiązki jednego z sekretarzy w Komitecie urządzającym. Po wystawie téj zaraz w r. 1883 stworzył nowe wydawnictwo *Deut. Wochenblatt für Gesundheitspflege und Rettungswesen*, z początku jako dwutygodniowe pismo, a gdy to znalazło uznanie i powodzenie zamieniwszy go od początku r. 1885 na tygodnik. Pod jego téż główną redakcyją i kierunkiem rozpoczęło się w roku zeszłym wydawnictwo znakomitego zbiorowego sprawozdania z wystawy higijenicznéj pod tyt. *Bericht über die allgemeine deutsche Ausstellung auf dem Gebiete der Hygiene und des Rettungswesens.* Był on téż wydawcą bardzo odpowiedniego kalendarza lekarskiego, który przy pomocy Dra Henryka Adlera z Wiednia, wydał na r. 1885 także w wydaniu zastósowaném do stosunków austryjackich. Ułożył téż na wezwanie Magistratu miasta Berlina opis urządzeń higijenicznych i stosunków lekarskich tego miasta pod tyt. *Hygienischer Führer durch Berlin.* Mówiąc o jego rozległéj działalności nie można téż pominąć, że gorliwie zajmował się także sprawami dotyczącemi zawodu i stanu lekarskiego. — Zastąpić człowieka tak czynnego i tak ruchliwego nie łatwo przyjdzie i długo będzie się dawał czuć brak jego, miejmy jednak nadzieję, że wydawnictwa przez niego rozpoczęte, a które sobie i po za granicami Niemiec uznanie znalazły, przetrwają go i długie czasy zasłużone jego imię w literaturze przechowają.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Minister oświaty potwierdził habilitacyję Dra Emila Ehrendorfera, na docenta prywat. ginekologii i położnictwa w Uniwersytecie wiedeńskim.

Piśmiennictwo lekarskie. Dr. Julius Grosser. Therapeutische Notizen der deutschen Medicinal Zeitung f. d. J. 1880—1884. Berlin, 1885, str. 120, w 16ce.

Mała ta broszurka zawiera w krótkości alfabetycznie ułożone wszystkie wiadomości terapeutyczne, jakie *Medicinal Zeitung* w ciągu ostatniego pięciolecia podała. Ponieważ redakcyja téj gazety z wielką starannością zawsze podaje treść wszystkich artykułów, mających związek z terapiją, a ogłaszanych w specyjalnych pismach różnych narodów, w broszurze téj więc znajdzie czytelnik dokładne zestawienie wszystkich środków, jakie od r. 1880 przeciw różnym cierpieniom polecano. Obok tego znajdują się dokładne wskazania i przepisy użycia nowych tych leków. Ω.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 36: Mendelsohna: Poszukiwania nad odruchami; Sokołowskiego: O włóknistéj postaci suchot płucnych; Rajkowskiego: Kilka słów o pracy Dra Dunina p. t. Gorączka zimnicza ciągła. Odpowiedź Dra Dunina. — W *Medycynie* Nr. 36: Rogowicza: Nowe zakłady publiczne dla biednych rodzących w Warszawie; Poznańskiego: Dławiec i błonica (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. KACZOROWSKI (w Poznaniu): Der ätiologische Zusammenhang zwischen Entzündung des Zahnfleisches und anderweitigen Krankheiten (umieszczone w roku przeszłym w Przeglądzie Lekarskim), odbitka z „D. Med. Woch." 1885, in 8vo str. 25.

Piśmiennictwo lekarskie. MESSERER O., Experimentelle Untersuchungen üb. Schädelbrüche. Mit 8 Taf. gr. 8. München Rieger. M. 3.

OLSHAUSEN R., Klinische Beiträge zur Gynäkologie u. Geburtshülfe. Mit 5 Holzsch. gr. 8. Stuttgart. Enke M. 6.

ONODI u. FLESCH. Leitfaden zu Vivisectionen am Hunde. 1. Th. Hals, mit 8 Taf. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 4.

OPENCHOWSKI Th. Ein Beitr. zur Lehre v. den Herznervenendigungen. gr. 8. Mit 1 Taf. Dorpat, Karow. M. 1.

PREYER W. Specielle Physiologie d. Embryo. Unters. über die Lebenserscheingen vor d. Geburt. 3. Lfg. gr. 8. Mit Holzschn. u. 3. Taf. Leipzig, Grieben. M. 4.

PROUST A. Le cholera étiologie et prophylaxie. Av. une carte. 8. Paris, Masson. Fr. 5.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. K. Grabowski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod tymcz. zarządem Bol. Dembowskiego.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 19 września 1885. № 38. Rok XXIV.

I. O leczeniu duru brzusznego.

(Wykład w Sekcyi lwowskiéj Tow. Lek. galic. we Lwowie 7 lutego 1885.).

Napisał Dr. W. Pisek,
b. asystent Uniw. Jagiell., i lwowskiego szpitala powszechnego.

Już stary Hildebrand przestrzega przed jednostronnością w terapii stanu gorączkowego a zdanie jego (*Institutiones* I. p. 102) i dziś po tylu latach, po tylu zdobyczach, dziś gdy o tyle zbliżyliśmy się do poznania istoty choroby, nie straciło wcale na znaczeniu. Zaiste dziwną drogą szła terapija chorób gorączkowych, w szczególności duru brzusznego, zanim ustalić się mogły pewne prawidła postępowania, na któreby zgadzała się większość, bo nigdy ogół lekarzy. Pomijamy czasy, w których nie odróżniano jeszcze poszczególnych postaci duru brzusznego, czasy w których polecano rtęć w postaci szaréj maści (*Palmarius, Cogrossi, Giannini*), kalomel po raz pierwszy (*Chisholm, Palloni*), drożdże piwne (*Bradley, Carswirgt*), kwasy mineralne (*Sacco*) w szczególności kwas węglowy (*Horn*); wody (*Aquae poteriae, Thomas*), „*Theriaca* i *Lapis Bezoardicus*“. Chaotyczność terapii tłumaczy się w części tém, że przeróżne choroby mianem duru, tj. *Febris typhodes*, oznaczano. W r. 1718 definijuje Junker (*Zülzer* „*Abdominaltyphus*“ w 2giém wydaniu dzieła zbior. Eulenburga str. 19). „*Typhodes dicitur, quando inflammatio erysipelacea, vel hepatis, vel ventriculi, vel uteri, febrem provocat, quae anxiis, frigidis et inutilibus sudoribus conjuncta est.*“ Mamy zatém właściwie wszystkie cierpienia, którym towarzyszy „*status typhosus.*“ Ściśle dopiero w r. 1810 Hildebrand rozróżnia oba rodzaje duru, o czém wspomina i prof. Oettinger w najnowszéj swéj pracy o „Brodowiczu“, a znakomita praca Pennocka w r. 1837 we Filadelfii wykazuje już w drobnych szczegółach różnicę, podczas gdy dla Francyi ma tę zasługę znane dzieło Louisa o durze (w 2giém wydaniu z r. 1841). Jako o rzeczy godnéj uwagi wspominam o zalecaniu środków wymiotnych, szczególniéj w pierwszych dniach choroby (Pringle, Stoll, Pichler), o którychto środkach Hildebrand wyraża się „*omni jure collaudata*“, nie mniéj używano i środków czyszczących (Hamilton) a więc postępowanie, które i dziś choć w zmienionéj postaci ujrzało znów światło dzienne, daléj upusty krwi (*Armstrong* i *Percival*) i w ogóle cały „*Adparatus antiphlogisticus*“, w którego skład wchodzą oczywiście i pijawki „*eo numero admotae ut octo aut decem sanguinis uncias adulto homini extrahantur.*“

W roku 1840 występuje Sauer z jodkiem potasu mającym znakomite oddać usługi w leczeniu duru brzusznego, środek ten nie zdołał sobie pozyskać zwolenników i zniknął, aby znów po 40 latach (to jest w roku ubiegłym zjawić się) w innéj, do pojęć lub może i mody zastosowanéj postaci. W niespełna lat 20, bo w r. 1859, występuje Magonty z nowym sposobem leczenia duru brzusznego i to na podstawie dokładniejszych już wiadomości i opisów po epidemii duru osutkowego podczas wojny krymskiéj wybuchłéj. Otóż nowy ten sposób zasadzał się na podawaniu chorym rozczynu jodu-jodku potasu. Ale i ten sposób nie na długo zagościł, jedni go chwalili, drudzy ganili, co się i teraz dzieje nieraz, aż o terapii jodowéj całkiem przycichło. Tym razem na lat siedm. W r. 1866 występuje w archiwum Virchowa v. Willebrand znów ze sposobem leczenia duru brzusznego, oczywiście nowym. Podaje on co dwie godziny w szklance wody 3 do 5 kropli rozczynu zawierającego na 10 części wody, 2 części jodku potasu, 1 część jodu. Liebermeister (*Ziemssens Handbuch*, 2 wyd., z. I, str. 208) zajął się tym lekiem i leczył przeszło 200 chorych w ten sposób, nie dostrzegł wszelako „żadnych wybitnych“ zmian w przebiegu choroby. Przyznaje jednak, że śmiertelność była mniejszą niż w innych bez jodu leczonych przypadkach i zdaje mu się że „w istocie leczenie jodem wywiera wpływ korzystny“. Jak wytłumaczyć tę sprzeczność, nie wiem, boć jeśli śmiertelność wśród używania leku jest mniejszą, świadczy to *caeteribus paribus* o jego korzystnym wpływie na chorobę,

mniejsza o to, czy na przebieg, czy na zakończenie. Jedno tylko jest możebném, że przypadki leczone jodem były „lekkie“. Na 239 przypadków leczonych jodem zmarło 35, t. j. 14·6%, po wykluczeniu jednak przypadków bardzo ciężkich i lekkich otrzymuje Liebermeister dla jodu 12·9% śmiertelności, cyfra zaiste wcale nie niska. Dalszych prób nie robił, zdaje się dla tego, że w innym sposobie leczenia upatrywał korzyści większe, co się téż w zupełności stwierdza. O najnowszym obrońcy jodu, o Drze Jeleńskim i jego metodzie leczniczéj, która właśnie jest powodem, że terapiję tyfusu chciałem wprowadzić na porządek dzienny naszych dyskusyj, pomówię późniéj. Jeszcze o jednym leku chcę wspomnieć, który może o wiele więcéj wart, aby się nim zajęto — jest nim kalomel. Jestto jeden z tych leków, które się nigdy nie starzeją, a w niektórych krajach, np. w Anglii, bywa nawet bardzo nadużywany. Powyżéj wspomnieliśmy, że już był w użyciu, na nowo wszedł w poczet środków przeciwdurowych z końcem ubiegłego i na początku bieżącego stulecia. Jednakże dopiero w r. 1830 na podstawie gruntownéj pracy Lessera (Liebermeister: *Die Entzündung und Verschwärung der Schleimhaut des Darmkanals.* itd. Berlin) zyskał odrazu liczne koło zwolenników, do których późniéj tacy klinicyści, jak Schönlein, Traube i Wunderlich należeli. Podawali oni codziennie skrupuł (1,50grm.) późniéj używano mniejszych dawek, jak dziesięciu ziarn (0·70gm.) lub nawet i pięciu ziarn (0·35gm.) Wszyscy autorowie stwierdzają korzystne skutki, a szczególniéj skrócenie czasu trwania choroby. Według Liebermeistra śmiertelność jest znacznie niższą, wiele, nie wszystkie, przypadki doznaje znacznego skrócenia czasu trwania, o przerwaniu duru mimo wczesnego użycia kalomelu oczywiście mowy nie ma. Obszerna i gruntownie obrobiona statystyka stwierdza w zupełności te uwagi. Z przeszło 200 przypadków otrzymał 12·4% śmiertelności. Czemu przypisać korzystne wyniki kalomelu, sam Liebermeister nie wie, przypuszcza nawet działanie swoiste na jad durowy obok własności przeczyszczających, skutkiem czego znaczna część jadu zostaje wydzieloną. W ogólności można na podstawie dotychczasowego doświadczenia orzec (Nothnagel-Rossbach: *Arzneimittellehre.* 1884, str. 212): Kalomel może być podawany w przypadkach świeżych i sprowadza nieraz z pojawieniem się wypróżnień złagodzenie przebiegu cierpienia, szczególniéj objawów gorączkowych. Warunkami podawania kalomelu są: pierwszy okres choroby (do 9go dnia), silne indywiduum, mierne przypady jelitowe, wysoka gorączka. Podaje się wtedy 0·50gm., dwa do cztery razy na 24 godzin.

Wypada jeszcze kilku słowy wspomnieć o innym znakomitym wprawdzie leku przeciwgrzybkowym, ale nie wiem czy równie dobrym środku przeciwdurowym, t. j. o kwasie karbolowym. Na szczególniejszą zasługują uwagę doniesienia Rameneta, który w Algierze stosował ten środek u 41 chorych tyfusowych (17 ciężko chorych), z których zmarło tylko dwóch. Podawał on (*Lancet*, 1881, II, Nr. 13) lawatywy ze 150gm. letniéj wody zawierającéj jeden gram krysztalicznego kwasu karbolowego. W przypadkach łagodnych użyto tylko jednéj lawatywy, w cięższych stosowano ją kilka razy dziennie. Czasem dodawano kilka kropel nastoju makowcowego. Obok obniżenia się ciepłoty stwierdzono również i złagodzenie innych przypadów trwające godzin kilka. Największa dawka dzienna nie powinna przekraczać 4·00grm. Nadto poleca autor i podawanie środków pobudzających i szczmiących.

Z kolei przychodzi nam omówić choć tylko w ogólnych zarysach nasze dzisiejsze powszechnie używane i znane leczenie duru przeciwgorączkowe. Jest ono wręcz przeciwném leczeniu dotąd omówionemu, t. j. swoistemu, jest ono leczeniem „objawowém“ w najobszerniejszém znaczeniu, obok nadzwyczaj dokładnego uwzględnienia warunków dyjetetycznych. Dokładne poznanie zmian anatomicznych i udowodnienie, że niebezpieczeństwo gorączki durowéj leży w zabójczym jéj wpływie na tkanki ulegające nekrobiozie w postaci „zwyrodnienia miąższowego“, zmieniło nasze lecznicze postępowanie. Zadaniem lekarza jest, jak się Liebermeister wyraża (l. c. 214), przeszkodzić niebezpiecznym następstwom podwyższonéj ciepłoty, leczyć gorączkę, nim owe następstwa się pojawią. Wyrazem tych dążności jest antipyreza, w któréj skład wchodzi bezpośrednie oziębianie ciała przez odjęcie ciepła obok całego szeregu, niemniéj wielką doniosłość mających, zabiegów dyjetetycznych i aptecznych, któremi ogranicza się produkcyję ciepła.

Zlewania chorych wodą zimną stosowali w durze jeszcze przed Anglikiem Jakóbem Currie (w końcu XVIII wieku) J. S. Hahn (1731 r.), Brandrath Cullen, Wright. Systematyczne leczenie wprowadził dopiero szczeciński lekarz Brand w r. 1861, a za nim cały szereg niemieckich klinicystów (por. mój referat w Przegl. Lek., 1884, Nr. 11). Dziś zabiegi hydroterapeutyczne stosują w sposób czworaki: 1) Chorego wsadza się na 10 minut do kąpieli 15—18°C., posiliwszy go po niéj (a jeśli potrzeba i przedtém) kieliszkiem wina. Po kąpieli owija się chorego nie obtartego prześcieradłem (na nogi bańka ciepła lub koc) i lekko przykrywa. Czas trwania kąpieli można, gdy chorego to bardzo nuży, ograniczyć do 5—6 minut (Zülzer). 2) Kąpiele Ziemssenowskie. Przez dolewanie wody zimnéj obniża się zwolna pierwotną kąpielową ciepłotę z 35°C. na 22°C. lub jeszcze niżéj. Czas trwania kąpieli bywa dłuższym niż przy 1). 3) Zawijania w prześcieradła zmoczone we wodzie zimnéj, trwające przez 10 minut na 3—4 zawody. Nóg się nie zawija. 4) Użycie przyrządów, w których krążąca zimna woda chłodzi ciało (przyrządy niemieckie patentu Goldschmidta lepsze od francuskich syst. Dumontpaillera). Szczególniéj stósownemi są t. zw. materace gutaperkowe powietrzem wydęte, do których spływa woda ze zbiorników wyżéj zawieszonych, termometrami opatrzonych. Na materacach spoczywa chory. Do dwóch innych na podłodze ustawionych zbiorników odpływa woda z materaców (*Circulir-Kühlapparate*). Najstosowniejszą porą dla kąpieli jest czas między 7 wieczór a 7 rano i między godziną 11 a 2gą w dzień, czas, w którym zazwyczaj ciepłota okazuje tendencyję do obniżania się. W tym czasie można co godzina stosować kąpiele i wtedy téż skutek jest widocznym. Średnio, zdaniem Liebermeistra, wystarcza dziennie 4—6 kąpieli, w całości 40 do 60 kąpieli, gdy równocześnie stosujemy leki przeciwgorączkowe.

Kwestyję tę omówił szczegółowiéj jeszcze Liebermeister na przeszłorocznym Zjeździe lekarskim w Kopenhadze (*VIII med. internat. Congr. D. med. Woch. 1884 Nr. 37*). Otóż okazuje się, że gorączka ze silnemi remisyjami lub intermisyjami wprawdzie może chorego wyniszczyć, lecz dla życia mniéj jest niebezpieczną niż gorączka ciągła z nieznacznemi rannemi remisyjami. Jeżeli się uda ten typ gorączki zamienić na typ *febris remittens* lub *intermittens*, to w zasadzie usunięto niebezpieczeństwo. Obecnie radzi Liebermeister kąpać chorego między godziną 7 a 11 wie-

czór, ile razy ciepłota dochodzi *in recto* najmniéj do 40°C.; od godziny 12éj do 3éj kąpie się chorego już przy 39·5°C. a od 4 do 7 rano już przy 39°C. Za dnia kąpie się chorego tylko wyjątkowo w razie nadmiernéj gorączki.

Pęcherze lodowe, które zalecał Riegel (*Ueber Hydrotherapie u. locale Wärmeentziehung. Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, t. X, 1872) na brzuch i piersi nie okazały się skutecznemi; podobnież i układanie chorego na poduszkach mieszaniną oziębiającą wypełnionych (Leube) (*Ueber die Abkühlung fieberh. Krank. durch Eiskissen. ibid.* t. VIII) o ciepłocie— 10°, nie utrzymało się, to samo stałe letnie kąpiele Riessa.

Pomiędzy przeciwwskazaniami użycia kąpieli zimnych największe mają znaczenie: krwotoki kiszkowe, przedziurawienia jelit, głębokie zmiany krtani, znaczne osłabienie czynności serca (obok chłodnych odnóg), miesiączka, gdy w ogóle groźnych objawów duru nie ma. (C. d. n.)

II. Z pracowni chemii lekarskiéj prof. Dra Stopczańskiego i z oddziału chorób wewnętrznych prof. Dra Pareńskiego.

Doświadczenia nad antipyrynem, jako środkiem przeciw gorączkowym z uwzględnieniem jego wpływu na przemianę materyi.

Podał Dr. Józef Wiczkowski,
asystent zakładu chemii lekarskiéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

VI. Przypadek. *Typhus exanthematicus (cum nephrit. parench. acuta)*. Bujaczka, matka dziesięciorga dzieci, zgłosiła się d. 26 października 1884 r. do kliniki chorób wewnętrznych prof. Dra Korczyńskiego, (który łaskawie pozwolił mi przytoczyć ten przypadek), podając, iż przed dwoma dniami doznała silnych dreszczów, poczém wystąpiła gorączka, ból głowy, brak apetytu, boleści brzucha. Tegoż dnia znaleziono stan choréj następujący: Indywiduum dobrze zbudowane i miernie odżywione. Na skórze brzucha i piersi wysypka durowa. Twarz obrzękła, zaczerwieniona, wargi i błony śluzowe ust suche, język suchy, środkiem obłożony. W narządzie oddechowym nieżyt oskrzelowy. Narząd krążenia bez zmian. Stłumienie śledziony od 8 do 12 żebra, ku przodowi przekracza linię pachową przednią. Brzeg jéj miękki, bolesny przy dotyku. Brzuch wzdęty, przy ucisku bolesny, szczególnie nad kiszką ślepą, gdzie wyczuć się daje kruczenie. Stolec od trzech dni zaparty. Ból głowy, szum w uszach. Kolano prawe nieco obrzękłe, bolesne.

Dyjeta pozostała ścisłą przez cały czas obserwacyi, jako napój kwasek i woda studzienna w ilości do 1,500 sz. cm.

27 października (IV dzień choroby).

Godzina	8r.,	10,	12,	2p.,	4,	6,
Ciepłota	40·4,	40·3,	40·6,	41·1,	40·4,	40·3,
Tętno	106,	116,	116,	120,	116,	120,
Oddech.	48,			42,		42,

Wysypka wybitniejsza, zresztą stan jak wczoraj. Stolec po lewatywie.

8 października (V dzień choroby).

Godzina	8r.,	10,	12,	2p.,	4,	6,
Ciepłota	39·0,	40·2,	40·4,	40·3,	40·0,	40·0,
Tętno	116,	116,	120,	120,	126,	126,
Oddech.		36,				36,

Śledziona nie powiększyła się, kruczenie nad kiszką ślepą i bolesność tamże utrzymuje się; stolca brak.

Mocz w ilości 400 sz. cm. barwy ciemno brunatnéj, oddziaływania kwaśnego, białka 0·4% (dość znaczna ilość), więcéj niż ciałkom ropy odpowiada. W osadzie ciałka ropy częste, wałeczki szkliste i ziarniste dość często.

Ilość mocznika % 3·238 gr., na dobę 12·951 gr.

29 października (VI dzień choroby).

Godzina	8r.,	10,	12,	2p.,	4,	6,
Ciepłota	39·4,	39·8,	39·3,	40·2,	39·7,	40·1,
Tętno	118,	118,	118,	126,	134,	118,

Mocz w ilości 730 sz. cm. barwy ciemno-brunatnéj, oddział. kwaś., cięż. gat. 1.028, białka 0.4% (dość znaczna ilość), chlorki w ilości zmniejszonéj.

Ilość mocznika % 3·273 gr. = 1·539 N %.
„ „ na dobę 23·893 gr. = 10·242 N na dobę.
Ilość azotu otrzymanego przez spalenie = 1·806 %,
„ „ „ „ „ = 13·183 na dobę.

30 października (VII dzień choroby).

Godzina	8r.,	10,	12,	2p.,	4,	6,
Ciepłota	39·4,	39·6,	39·8,	39·5,	39·7,	39·6,
Tętno	120,	126,	126,	126,	122,	122,

Na skórze wybitna osutka durowa, policzki obrzękłe, wargi sinawe, język miernie obłożony, wilgotny. Śledziona nie powiększyła się. Bolesność i kruczenie nad kiszką ślepą trwa, nadto gniecenie w dołku podsercowym. Kolano prawe powiększone i bolesne, rzepka ruchoma, chrzęszczenie w stawie kolanowym wyraźne (chora wedle podania, miała przed przyjściem do kliniki przebyć ostry gościec stawowy).

Mocz w ilości 400 sz. cm., barwy ciemno-czerwonéj, oddz. kwaś., ciężar gat. 1·025, białka 0·4% (dość znaczna ilość), więcéj jak ciałkom ropy i krwi odpowiada. W osadzie obok składników poprzednich także ciałka krwi czerwone, chlorki w ilości silnie zmniejszonéj.

Ilość mocznika % 3·243 gr. na dobę 12·892 gr.

31 paźdź. (VIII dzień choroby).

Godzina	8r.,	10,	12,	2p.,	4,	6,
Ciepłota	39·2,	39·2,	39·3,	39·6,	39·8,	40·1,
Tętno	120,	116,	120,	120,	120,	120,

Stan choréj jednaki. W nocy jeden stolec.

Mocz w ilości 856 sz. cm., barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddziaływania kwaśnego, cięż. gat. 1·021, białka 0·008% (mała ilość), chlorki w ilości dość silnie zmniejszonéj.

Ilość mocznika % 2·718 gr., na dobę 23·259 gr.

1 listopada (IX dzień choroby).

Godzina	8r.,	10,	12,	2p.,	4,	6,	8,
Ciepłota	38·3,	38·5,	39·9,	39·1,	38·0,	36·8,	36·1,
Tętno	114,	114,	114,	114,	110,	96,	90,
Antipyryn			2gr.	2gr.	1gr.		

Mimo obniżenia się ciepłoty za pomocą antipyrynu polepszenia w stanie choréj nie spostrzeżono, owszem zauważyć można było większą apatyję i znaczniejsze osłabienie.

Mocz w ilości na dobę 560 sz. cm. barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddziaływania kwaśnego, cięż. gat. 1·021, białka 0·004% (mała ilość), chlorki w ilości dość silnie zmniejszonéj. Mocz z chlorkiem żelazowym przyjmuje zabarwienie czerwone.

Ilość mocznika % 2·36 gr. = 1·128 N%
„ „ na dobę 13·22 gr. = 6·312 N na dobę.
Ilość azotu otrzymanego przez spalenie = 1·42%
„ „ „ „ „ = 7·961 na dobę.

2 listopada (X dzień choroby).

Godzina	8r.,	10,	12,	2p.,	4,	6,	8,
Ciepłota	38·7,	38·5,	38·3,	37·6,	37·8,	37·9,	38·7,
Tętno	120,	120,	108,	102,	108,	102,	114,
Antipyryn	2gr.,	2gr.,	1gr.,			2gr.,	

Skóra sucha, ból głowy, szum w uszach, chora czuje się więcéj osłabioną.

Mocz w ilości 1,230sz.cm. barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddział. kwaś., cięż. gat. 1·023, białka ślad wybitny, chlorki w ilości dość silnie zmniejszonéj.
Ilość mocznika % 2·646 gr. na dobę 32·5408 gr.

3 listopada (XI dzień choroby).

Godzina	8r.,	10,	12,	2p.,	4,	6,	8,
Ciepłota	39·1,	38·4,	37·8,	37·1,	36·6,	36·7,	36·6,
Tętno	120,	120,	108,	96,	96,	90,	84,
Antipyryn	2gr.,	2gr.,	2gr.				

Stan ogólny lepszy, apatyja mniejsza, ból głowy ustępuje.

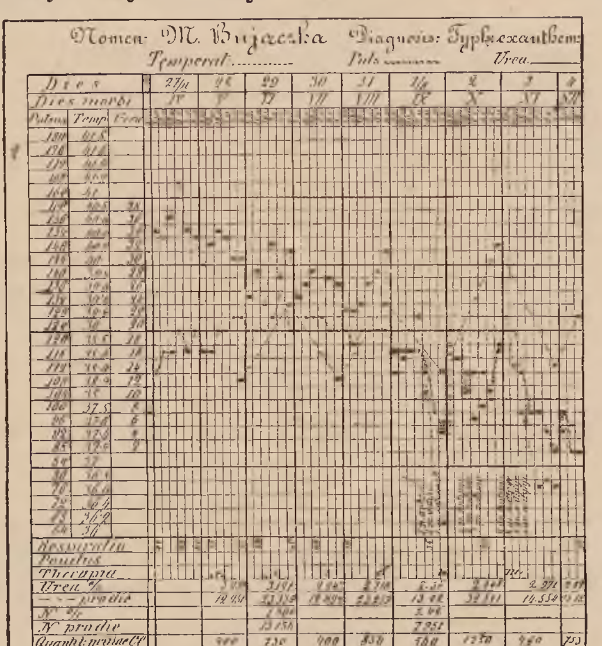
Mocz w ilości 490 sz. cm. barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddziaływa kwaśno, białka 0·006% (ślad wybitny), chlorki w ilości silnie zmniejszonéj. W osadzie: ciałka ropy dość często, ciałka krwi pojedyńcze, nader pojedyńcze wałeczki Belliniego.
Ilość mocznika % 2·971gr. na dobę 14·553gr.

4 listopada (XII dzień choroby).

Ciepłota prawidłowa (bez podania antipyrynu), tętno 84—100. Ból głowy mniejszy, apetyt poprawia się, brzuch mniéj bolesny. Chora w ogóle swobodniejsza, kaszel ustąpił. Po osutce tylko ślady pozostały.

Mocz w ilości 660 sz. cm. barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddziaływ. kwaś., cięż. gat. 1·021, białka 0·004% (ślad zaledwie spostrzegalny), chlorki w ilości dość silnie zmniejszonéj. W osadzie: obok zwiększonéj ilości śluzu, ciałka ropy dość często.
Ilość mocznika 2·813% gr. na dobę 21·175gr.

Odtąd z powodu ciągłego polepszania się stanu choréj poczęto jéj podawać więcéj napojów i pokarmów, a przeto zaprzestano daléj ściśléj obserwacyi.



(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Przyczynek do kazuistyki wycinania wrzodu stwardniałego.

Podał Dr. A. Zarewicz,
prymaryjusz oddziału chorób wenerycznych i skórnych,
docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

4) J. Z., lat 22 liczący akademik, jest chorym po raz pierwszy, odżywienie pacyjenta jest bardzo dobre, po raz ostatni spółkował w d. 29 kwietnia 1879, a rano dnia 24 maja zauważył dopiero pierwsze objawy choroby, przypuszcza jednak, iż choroba jego trwa dwa do trzech dni dłużéj, albowiem przez tak długi czas znajdował się w okolicznościach, które nie dozwalały mu zwracać gruntownéj uwagi na części płciowe.

W dniu tym, tj. 24/5, badany okazywał na wewnętrznéj stronie napletka, w linii środkowéj ściśle ograniczoną okrągłą ekskoryjacyję, bez najmniejszego naokoło odczynu, do wielkości prosa dochodzącą. Gruczoły pachwinowe nie okazywały najmniejszego zboczenia. W dniu tym zalecono czystość i przymoczkę z azotanu srebrowego.

W sześć dni późniéj badając chorego zauważyłem, iż ekskoryjacyja powiększyła się, u podstawy jéj wyczuć można było lekką zbitość, wydzielina jéj skąpa, rzadka, kształt ekskoryjacyi był zawsze ściśle okrągłym. Reakcyi naokoło ranki nie było żadnéj. Gruczoł pachwinowy lewy nieznacznie był powiększonym.

Rozpoznanie zatém wrzodu stwardniałego było najzupełniéj uzasadnioném i dla tego proponowano choremu natychmiastowe wycięcie, na które jednak chory zgodził się dopiero w dniu 2/6 1879 r.

W dniu tym wrzód stwardniały zwiększył swoje rozmiary do wielkości sporego grochu, stwardniałość jego podstawy nie ulegała najmniejszéj wątpliwości, wydzielina jego była skąpą i rzadką. Gruczoł pachwinowy lewy doszedł do wielkości średniego bobu i był nieco bolesnym.

Po wycięciu wrzodu ranę zeszyto, a opatrunek założono z waty salicylowéj 11%.

Trzeciego dnia (4/6) po operacyi zdjęto po raz pierwszy opatrunek, przyczém gdy się zdawało, iż brzegi rany ściśle do siebie przylegały a ropienia nie było żadnego, odjęto szwy, miejsce operowane wymyto 2% rozczynem kwasu karbolowego i założono ponownie opatrunek z waty salicylowéj.

W nocy z dnia 6go na 7go czerwca nastąpiło silne i długotrwałe naprężenie członka, które wywołało mierny krwotok z rany, a po odjęciu opatrunku przekonano się, iż brzegi rany rozstąpiły się, a w okolicy wędzidełka znajdowała się mierna wybroczyna podskórna. Wejrzenie jednak świeżo powstałéj rany było czystém. Choremu poleciłem przymoczkę z azotanu srebrowego. Drugiego dnia (8/6) po owéj fatalnéj nocy gruczoł pachwinowy lewy, który utrzymywał się w jednakowéj mierze, doszedł do wielkości orzecha włoskiego.

W d. 14/6 rozpoczęło się gojenie rany, a w siedm dni późniéj (21/6) rana zabliźniła się zupełnie i nie okazywała innéj jak bliźnie właściwéj konsystencyi. Gruczoł pachwinowy lewy więcéj się nie powiększył.

W dniu 15/7 wystąpiły pierwsze objawy zakażenia ogólnego jako nader skąpa rozsiana wysypka kiłowa guzkowa na klatce piersiowéj, na brzuchu i na obu odnogach górnych po ich wewnętrznéj stronie. Na wewnętrznéj stronie napletka znajdowało się także kilka kłykcin sączących w formie płaskich, odgraniczonych okrągłych guzków kiłowych o powierzchni ekskoryjowanéj. W jamie ustnéj nie było żadnych zmian. Gruczoły karkowe i barkowe nie były powiększone.

W dniu 18/7 ilość guzków kiłowych w miejscach wyżéj wspomnianych znacznie się powiększyła, obok utrzymywania się zmian na napletku; tak, że całkowity obraz zmian ogólnych przedstawiał się jako obfita wysypka guzkowa na klatce piersiowéj, brzuchu i po wewnętrznéj stronie obu odnóg górnych, kłykciny sączące na napletku. Stan gruczołów nie zmienił się. Z powodu iż chory nie mógł przeprowadzić leczenia za pomocą wcierań ze względu na jego stosunki domowe, polecono używanie jodku rtęciawego (*Protojoduretum hydrg.*)

W dalszym biegu leczenia przystąpiły do powyższych zmian kłykciny sączące na obu łukach językowych.

Po usunięciu wyżéj wspomnianych zmian chorobowych, na co potrzeba było kilku tygodni czasu, występowały aż do dnia 15/3 1880 częste nawroty w jamie ustnéj jako kłykciny sączące na obu migdałkach.

Zmiany te usuwano za pomocą leczenia miejscowego obok dalszego stósowania wewnętrznie z małemi przerwami jodku rtęciawego.

Od czasu ostatniego nawrotu (15/3) w jamie ustnéj chory wolnym był od zmian kiłowych aż do dnia 7/12 1881 r. W owym czasie okazywał na obu podudziach sześć ściśle ograniczonych brunatno-czerwonych nacieków od wielkości sporego grochu do wielkości półcenta dochodzących, które całą grubość skóry zajmowały. Nacieki te były nieco bolesne, największy jednak z nich na podudziu lewém położony jest boleśniejszym i w środku więcéj od innych wygórowanym.

Skóra w tém miejscu sino-czerwona była więcéj napiętą, a odpowiednia zbitość tego miejsca była ciastowatą. Ponieważ rozpoznałem kilaki skórne, poleciłem używanie wewnętrzne jodku potasowego z jodkiem rtęciowym a zewnętrznie przylepiec rtęciowy. Po usunięciu tych zmian chory wolnym był od przypadków kiłowych do początku roku 1883, od tego czasu chorego nie widziałem.

W przypadku powyższym wycięto wrzód stwardniały około 12 dnia, rana zagoiła się przez ropienie. Gruczoł pachwinowy szóstego dnia po wycięciu w dwójnasób się powiększył. Zmiany ogólne wystąpiły około 52 dnia licząc od czasu pojawienia się wrzodu stwardniałego w postaci wysypki guzkowéj i kłykcin sączących na częściach płciowych. W czasie leczenia powstały kłykciny sączące w jamie ustnéj, które mimo leczenia często i przez długi czas się powtarzały; w końcu zauważyć należy, iż już w trzecim roku trwania choroby wystąpiły u pacyjenta łagodne objawy kiły późnéj.

Przebieg zatém kiły w przypadku powyższym lubo nie należy do przypadków kiły ciężkiéj, w każdym jednak razie nie można go zaliczyć do przypadków łagodnych, szczególniéj jeżeli się zważy, że mieliśmy do czynienia z pacyjentem dobrze odżywionym, znajdującym się w dobrych warunkach bytu, u którego zatém przypuścić należało większą odporność wobec jadu kiłowego.

Wycięcie zatém wrzodu stwardniałego nie tylko nie uchroniło pacyjenta od zmian ogólnych, ale nie wpłynęło nawet na złagodzenie dalszego przebiegu choroby.

5) J. O., lat 25 liczący kowal, przyjęty został na oddział dla chorych wenerycznych w dniu 5 sierpnia 1880 r. Pierwsze objawy choroby wystąpiły przed 16 dniami, w półtora tygodnia po spółkowaniu. Obecnie jest po raz pierwszy dotknięty cierpieniem weneryczném. Odżywienie pacyjenta nie pozostawia nic do życzenia.

Na zewnętrznéj stronie napletka w linii grzbietowéj znajduje się ekskoryjacyja o powierzchni gładkiéj, podstawie stwardniałéj, wielkości sporego grochu; wydzielina jéj skąpa i rzadka.

W pachwinie lewéj znajdował się tylko jeden gruczoł miernie powiększony, niebolesny, który jednak nie okazywał owéj niemal chrząstkowatéj zbitości, jaką zazwyczaj okazują obrzęki gruczołów, które towarzyszą wrzodom stwardniałym. Chory wcale się nie leczył.

Z wycięciem wrzodu wstrzymano się jeszcze dni kilka, albowiem istniały pewne wątpliwości co do natury wrzodu, skoro jednak przebieg dalszy wyjaśnił sprawę chorobową, wycięto wrzód w d. 11 sierpnia; ranę zeszyto, opatrunek założono z waty salicylowéj. Rana zagoiła się w części przez rychłozrost a w części przez ropienie. Obrzmienie naokoło rany było bardzo nieznaczne. Podnieść jednak wypada tę okoliczność, iż gruczoł pachwinowy lewy trzeciego dnia po wycięciu wrzodu powiększył się i stał się konsystencyi twardszéj niż był przed operacyją.

W d. 28/8 w czasie wyjścia chorego ze szpitala zanotowano następujący stan: zagojenie zupełne, blizna nie okazuje żadnéj stwardniałości, gruczoł pachwinowy lewy zmniejszony, gruczoły karkowe i barkowe nie są powiększone, zmian ogólnych nie ma.

Chorego widziałem dopiero w rok późniéj przy sposobności innego cierpienia, twierdził, iż żadnych zmian następowych dotychczas nie zauważył, lubo dokładnie go pouczono, na co ma uwagę zwracać. Badanie szczegółowe w owym czasie przedsięwzięte nie wykryło także żadnych zboczeń, któreby do kiły odnieść należało.

6) S., lat 25 liczący, artysta-malarz, podaje, iż po raz ostatni spółkował w połowie lutego 1880, a pierwsze objawy choroby zauważył przed 8 dniami.

W dniu 1/4 1880 po raz pierwszy badany okazywał na wewnętrznéj stronie napletka po stronie lewéj ściśle ograniczoną stwardniałość wielkości sporego grochu, w środku któréj znajdowała się niewielka ekskoryjacyja o powierzchni gładkiéj, wydzielająca ciecz rzadką. Gruczoł pachwinowy lewy był bardzo nieznacznie powiększony i niebolesny.

Na grzbiecie tułowia znajdował się bardzo obfity trądzik pospolity (*Acne vulgaris);* zresztą nie było nigdzie żadnych zmian. Odżywienie pacyjenta było bardzo dobre.

Ponieważ w tym przypadku rozpoznanie nie było dla mnie wątpliwe, przystąpiłem po chętném zezwoleniu chorego tegoż samego dnia (1/4) do wycięcia wrzodu stwardniałego. Ranę jak zwykle zeszyłem i założyłem opatrunek z 11% waty salicylowéj. Nadmienić muszę, że po wycięciu wrzodu zmuszony byłem podwiązać małą lecz uporczywie broczącą tętniczkę.

Nazajutrz po zdjęciu opatrunku skoro przekonano się, że wejrzenie miejsca operowanego było bardzo dobrém, ograniczono się jedynie do przemycia rany rozczynem kwasu karbolowego, opatrunek założono taki sam jak po operacyi. Po odjęciu szwów w d. 4/4 stwierdzono, iż rana tylko w części zagoiła się przez rychłozrost. Przez następne dni nie zaszło nic uwagi godnego, wejrzenie bowiem części rany przez ropienie się gojącéj nie pozostawiało nic do życzenia; ropienie było odpowiednie do rozmiarów niewielkiéj rany. W dniu 11/4 zauważono jednak, że mimo to iż rana okazywała już początki gojenia się, gruczoł pachwinowy lewy nieco się powiększył.

W dniu 16/4 rana była już zagojoną, na około blizny jednak zauważono mierny naciek, który w następnych 10 dniach znacznie się powiększył tworząc niejako dwa wyniosłe wały, w pośrodku których ułożoną była linijna blizna. Zbitość nacieku równała się stwardniałości, jaką się zwykle odznaczają wrzody stwardniałe. Gruczoł pachwinowy lewy powiększył się w owym czasie do wielkości orzecha włoskiego i był przy ucisku nieco bolesnym, skóra jednak nad nim była poruszalną i niezaczerwienioną. W pachwinie prawéj nie było zmian.

Na stwardniałość w miejscu operowaném powstałą polecono przykładanie na płótnie rozpostartego *emplastri hydrargyri c. empl. saponato āā,* na gruczoł zaś powstały w pachwinie lewéj zalecono obok spokoju pendzelkowanie nastojem wyskokowym jodu.

Stan taki utrzymywał się aż do dnia 15/5, w którym wystąpiły pierwsze, aczkolwiek nieznaczne, objawy zmian ogólnych jako plamy kiłowe w obu przegubach łokciowych i płaskie bar-

dzo nieliczne złuszczające się guzki na skórze prącia. Gruczoły karkowe i barkowe nie były zajęte, bolesność gruczołu pachwinowego lewego ustąpiła. W jamie ustnéj nie było zmian. Obszar przez plamy zajęty powiększał się zwolna, tak, że w dniu 1/6 zajęły one klatkę piersiową, brzuch i wewnętrzne strony obu odnóg górnych; na grzbiecie tułowia, z powodu znacznego trądzika pospolitego, plam nie było można dostrzedz. Na migdałku lewym znajdowała się nieznaczna kłykcina sącząca. Stan gruczołów utrzymywał się bez zmiany.

W owym czasie rozpoczęto leczenie za pomocą jodku rtęciawego *(Protojoduretum hydrargyri)*; chory zwolna postępując doszedł do 0·16 tego przetworu na dzień, na któréjto dawce pozostał już aż do końca leczenia. Ma się rozumieć, iż obok leczenia ogólnego nie zaniedbywano, tam, gdzie tego zachodziła potrzeba, leczenia miejscowego. We wrześniu usunięto rtęć a natomiast polecono używać jodku potasu. Jeszcze w czasie leczenia rtęcią powtórzyły się raz powierzchowne kłykciny sączące na obu migdałkach, które jednak wkrótce ustąpiły.—Wynik leczenia był ten, iż plamy ustąpiły, stwardniałość w miejscu blizny po wyciętym wrzodzie powstała zeszła, gruczoł pachwinowy lewy zmniejszył się.

W dniu 20/9 tegoż roku w czasie używania jodku potasu wystąpiła recydywa wysypki kiłowéj w postaci dużych plam w gromadach jedynie na ramionach i w przegubach łokciowych ułożonych. Gruczoły karkowe i barkowe nie były powiększone, pachwinowe lewe utrzymywały się niezmiennie, prawe nie były powiększone.

Choremu polecono zaprzestać używania jodku potasu, a natomiast zalecono powrócić do jodku rtęciawego w dawce 0·08 na dzień. Przetwór ten używał chory przez 6 tygodni, poczém wrócono ponownie do jodku potasu, który chory używał do końca roku.

Licząc od pojawienia się ostatniéj recydywy (w dniu 20/9 1880) chory przez blisko rok cały wolnym był od powrotu choroby, albowiem dopiero w d. 20/8 1881 r. wystąpiła nieznaczna kłykcina sącząca pod językiem. W owym czasie na skórze nie było żadnych zmian; gruczoły barkowe, które dotychczas nie były zajęte, były tym razem po obu stronach powiększone, pachwinowe lewe utrzymywały się w miernym stopniu powiększone, inne gruczoły nie były zajęte.

Odtąd aż po dziś dzień (14/8 1885) często chorego badałem a nie zauważyłem żadnych powrotów kiły [1]).

W powyższym przypadku zasługują na uwagę następujące okoliczności: wrzód stwardniały wycięto ósmego dnia po jego pojawieniu się. Już po zagojeniu się rany wystąpiła ponownie w bliźnie stwardniałość, gruczoł pachwinowy lewy, który w czasie wycięcia wrzodu był bardzo nieznacznie powiększonym, w jedynastym dniu po wycięciu, a jeszcze przed pojawieniem się stwardniałości w bliźnie (16/4), począł się powiększać. W 53 dni licząc od czasu pojawienia się wrzodu stwardniałego wystąpiły pierwsze zmiany ogólne bardzo nieznaczne w postaci plam, które zwolna w ciągu następnych 2 tygodni przybywając zajęły miejsca wyżéj wspomniane. W czasie leczenia wystąpiły dwa lekkie, a w rok niespełna, licząc od ostatniego odnowienia się choroby, pojawił się trzeci nieznaczny nawrot.

Również zasługuje na uwagę ta okoliczność, iż gruczoły barkowe, które w początkach choroby nie były zajęte, powiększyły się dopiero przy trzecim z rzędu nawrocie.

A zatém przypadek ten, mimo niefortunnego pojawienia się stwardniałości w bliźnie po wyciętym wrzodzie, odznacza się również łagodnym przebiegiem. (C. d. n.).

[1]) Po raz ostatni leczyłem chorego na szankra *(ulc. molle)* od d. 8 lipca do d. 14 sierpnia 1885, który w kilka dni po spółkowaniu wystąpił. Badany co do przebytej kiły nie okazywał pacyjent żadnych świeżych zmian. Stan gruczołów w owym czasie był następujący: gruczoły karkowe nie były zajęte, barkowe prawe były miernie powiększone, lewe zaledwie wyczuwać się dawały, pachwinowe lewe były miernie powiększone, prawe wcale niezajęte.

IV. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z drugiéj seryi posiedzeń w sprawie cholery odbytych w Państwowym Urzędzie Zdrowia w Berlinie.

Już w r. zeszłym odbył się w Państwowym Urzędzie Zdrowia w Berlinie szereg posiedzeń w sprawie cholery (p. Przegląd Lek., 1884, Nr. 32, 35—40), w roku zaś obecnym w maju odbył się drugi szereg, z którego w Nrze 20 Przeglądu z r. b. podaliśmy krótkie i niewyczerpujące sprawozdanie. Z uwagi, że na posiedzeniach tych poruszono nader wiele ważnych szczegółów, oraz że sprawa badań nad cholerą nie przestaje ciągle żywo zajmować umysłów lekarzy, gdy obecnie pojawiło się stenograficzne sprawozdanie ze wspomnianych posiedzeń, nie wahamy się podać według tych właśnie sprawozdań obszerniejszéj wiadomości o przebiegu obrad.

Po zagajeniu zebrania przez prof. Virchowa i obraniu go przewodniczącym przystąpiono do obrad nad pierwszym punktem porządku dziennego, którym był przegląd doświadczeń nad prątkami cholerycznemi od czasu ostatniego zebrania, zwłaszcza co do ich oporności *(Dauerfähigkeit)*.

Pierwszy zabrał głos Koch, aby dać obraz postępu badań co do cholery w ostatnich czasach. Przypomniał on wykrycie przez siebie w jelitach osób zmarłych z cholery i wydzielinach chorych na cholerę właściwego prątka cholery oraz spostrzeżenia, które go skłoniły do poczytywania tych prątków za przyczynę cholery i przeszedł następnie do omówienia i przeglądu prac innych autorów. Pierwszymi, którzy po Kochu zajmowali się stosunkiem prątków cholerycznych do cholery, byli Finkler i Prior. Mieli oni w *Cholera nostras* wykryć drobnotwory niedające się odróżnić od prątków cholerycznych Kocha, przez co te ostatnie straciłyby znaczenie, jakie im Koch nadał. Koch wykazuje jednak różnice w obu tych rodzajach prątków, nietylko co do sposobu rozpłyniania żelatyny, ale także co do zapachu wywiązującego się przytém i co do rozwoju na ugotowanych ziemniakach. Różnic tych dopatrzył się także van Ermengem. Z powodu, że prątki Finklerowskie znaleziono w odchodach ludzi cierpiących na rozwolnienie i to nie w odchodach świeżych ale znajdujących się 14 dni w stanie gnicia, zachodzi, zdaniem Kocha, wątpliwość, czy w ogóle są one prątkami właściwemi *Cholera nostras*. W odchodach ludzi nawet zmarłych z *cholera nostras* wielu badaczy jak Ermengem, Watson Cheyne, Biddert nie znalazło prątków Kochowskich ani Finklerowskich, ale prątki innéj postaci.

Drugim, który się w tym czasie zajmował prątkami cholerycznemi był Klein, wysłany przez Rząd angielski do Indyj dla badań nad cholerą. Udał się on tam uprzedzony do badań Kocha i zajął stanowisko opozycyjne podnosząc zarzuty: 1) co do podobieństwa do prątków nosacizny w przekrojach w pewien sposób zrobionych, do którego odwołał się Koch opisując prątki choleryczne. Koch dziś jeszcze obstaje przy tém podobieństwie z zastrzeżeniem, że

przekroje będą odpowiednio zrobione; 2) co do nazwy uważając prątki choleryczne raczéj za spiryle, Koch jednak zbija to tém, że nie idzie tu o nazwę, że podał on, iż prątki choleryczne zajmują miejsce pośrednie między prątkami a spirylami między któremi różnice nie są stanowczo określone. O nazwę tu nie idzie, jeżeli tylko przyjmiemy inne własności; 3) Klein miał znaleźć prątki choleryczne w śluzie nazębnym u ludzi zdrowych, a także w odchodach ludzi chorych na rozwolnienie, jak u suchotników lub cierpiących na czerwonkę. U cholerycznych miał ich znaleźć zaraz po śmierci bardzo mało i to tém mniéj im wcześniéj robił sekcyję, a duże ich ilości tylko gdy późno sekcyję przedsiębrał. Poglądy te nie zgadzają się ani z podaniami Kocha, ani z podaniami innych badaczy, którzy zaraz po śmierci znaczne ilości prątków cholerycznych znajdowali; 4) odpiera Koch zarzut Kleina, jakoby podał, iż kwasy w słabém rozcieńczeniu zabijają prątki, mówił bowiem tylko o powstrzymaniu rozwoju przez różne istoty a między innemi o ustaniu wzrostu w kwaśnéj żelatynie; 5) w kałuży, w któréj Koch znalazł prątki choleryczne w czasie gdy wśród ludności czerpiącéj z niéj wodę cholera grasowała, miał Klein znaleźć prątki, w czasie gdy ludność była od cholery wolną. Co Klein znalazł, Koch nie wie, ale po tylu omyłkach uważa Kleina za niekompetentnego w téj sprawie i że do podań jego wagi przypisywać nie można.

Zapatrywania Kleina nawet w saméj Anglii znalazły przeciwnika w osobie Watson Cheynego, który skłonił Kleina do cofnięcia swych zapatrywań i uznania, że prątek choleryczny jest odmiennym od prątka w gruźlicy, w czerwonce i w śluzie jamy ust znajdującego się i że prątka cholerycznego znajdował zawsze w cholerze. Po téj zmianie zapatrywań Klein nie zdoła się długo opierać przyjęciu wniosków, jakie Koch z swych badań wysnuł.

Następnie zwrócił się Koch do badań Emmericha, który w Neapolu we wszystkich przypadkach cholery, które badał, miał znaleźć prątki zupełnie odmienne od laseczników Kochowskich, które znalazł tylko w niektórych przypadkach obok swoich prątków, tak że swoje prątki uważa za swoiste w cholerze. Już Flügge poddał badania Emmericha, a mianowicie sposób jego badań, krytyce, do któréj Koch się przyłącza. Głównie zwraca uwagę Koch, że Emmerich równie jak Ceci w Genui późno badali, Ceciemu nie udały się całkiem żadne hodowle w żelatynie, gdy Emmerichowi rozwój prątków przez niego wykrytych, sprzeczność więc widoczna. Emmerich podał, że za pomocą swego prątka wywołać może u zwierząt objawy do cholery podobne i podobny stan patologiczny w jelitach. Nie dowodzi to, zdaniem Kocha, niczego, bo udało mu się przy doświadczeniach z prątkami wywołać rodzaj gnilicy z objawami zupełnie podobnemi do tych, jakie Emmerich podaje. Także i Brieger uzyskał z odchodów rodzaj prątków, podobne objawy sprawiających.

Po odparciu tych zarzutów przeciw prątkom przecinkowym przechodzi Koch do omówienia doświadczeń dodatnich. Wielu badaczy poszukiwało w ustroju i jego wydzielinach prątków, któreby można uważać za identyczne z prątkami Kochowskiemi, żadnemu nie udało się nic podobnego wykazać, z wyjątkiem jednego tylko przypadku, o którym późniéj będzie mowa. Wszyscy badacze przekonali się, że choleryczne prątki dają się dobrze od innych wyróżnić i że cechujące je przymioty uprawniają do poczytywania ich za swoiste. Rozszerzenie się cholery dało sposobność wielu lekarzom do czynienia badań odpowiednich, jak Nicatemu i Rietschemu, van Ermengenowi w Marsylii, Babesowi, Watson Cheynemu i Pfeiffrowi w Paryżu, Ceciemu, Escherichowi, Armanniemu, Fedemu i Schotteliusowi we Włoszech.

Podania Ceciego, pierwiastkowo wspólnie z Klebsem pracującego, o tyle są ciekawe, że nie zawsze udawało im się prątki wykryć i że mieli je także w innych chorobach spostrzedz, Klebs np. raz w zapaleniu płuc. Kochowi w nadesłanych z tego przypadku preparatach nie udało się wykryć prątków, odnosi téż to spostrzeżenie wzmiankowanych badaczy do złego drobnowida, który posiadali. Po powrocie Kocha z Indyj nadesłał mu Dr. Dissent 79 preparatów z treścią jelit osób zmarłych z cholery lub z odchodami chorych na cholerę. Tylko w 5ciu nie można było wykryć prątka przecinkowego, zdaje się, że pochodziły z późniejszych okresów, w 37 preparatach była skąpa ilość prątków, w 27 była znaczna ich ilość, a 10 można było uważać prawie za hodowle. Stwierdziło się przytém, że przypadek tém szybciéj przebiega, im obficiéj i częściéj znajdują się prątki. W dalszym ciągu tego przedstawienia okazał Koch hodowle z Marsylii, Tulonu, Paryża i Włoch, wszystkie są jednakie, jednako przedstawiają się przy silném powiększeniu i są co do patogenetycznych własności identyczne.

Wszystko to stwierdza zapatrywania Kocha w roku zeszłym podane. Postęp stanowią jedynie tylko doświadczenia Nicatiego i Rietschego, stwierdzone przez wielu badaczy oraz w Państwowym Urzędzie zdrowia w Berlinie, że wstrzykiwaniami treści jelit z cholerycznych i hodowli prątków do dwunastnicy udaje się psy i świnki morskie zakazić. Klein wprawdzie twierdzi, że śmierć nastaje w tych przypadkach skutkiem gnilicy, ale Koch stanowczo temu przeczy. Po wstrzykiwaniach tych nastaje w przewodzie pokarmowym proces podobny do objawów cholery u ludzi, sposób atoli zakażenia nie odpowiada zwykłéj drodze zakażenia. Prócz tego ma tu zawsze miejsce znaczny zabieg operacyjny, trzeba otwierać jamę brzuszną, wyszukiwać i wyciągać dwunastnicę, aby przyrzut do niéj wprowadzić, co bez wpływu być nie może. Koch usiłował zatém zarazić zwierzęta drogą naturalną a po licznych doświadczeniach udało mu się to. Z poprzednich spostrzeżeń było mu wiadomém, że laseczniki przecinkowe giną w żołądku. Omijając trawienie żołądkowe i wstrzykując laseczniki do dwunastnicy udało się czasem u świnek morskich wywołać zakażenie, ale nie zawsze, zakażenie musi więc zależeć u tych zwierząt od innych okoliczności, nie od samego trawienia żołądkowego. W czasie badań tego przedmiotu starał się téż znieść na pewien czas kwaśne oddziaływanie w żołądku. Powiodło mu się to, gdy zastósował następne postępowanie: Zwierzętom dawał 5 cm. sz. 5% rozczynu ługu sodowego a po 20 minutach 10 cm. sz. polewki mięsnéj, zawierającéj laseczniki przecinkowe. Wkrótce potém wstrzykiwał im do jamy brzusznéj nastój makowca (1 cm. sz. na 200 gr. wagi zwierzęcia). Skutkiem tego zostają zwierzęta uśpione na $^1/_2$—1 godziny i usposobione do przyjęcia jadu. Objawy nastające były takie same, jak po wstrzyknięciu do dwunastnicy. Używając do doświadczeń laseczników Finklerowskich przekonał się Koch, że one mniéj są zabójcze, objawy po nich są inne, w jelitach daje się czuć przejmująca woń zgnilizny. Koch powtórzył te doświadczenia jeszcze z prątkami innych chorób. Starał się daléj Koch i w inny jeszcze sposób usposobić kiszki do przyjęcia jadu. Dawał zwierzętom olej krotniowy i rącznikowy, drożdże, olej terpentynowy, jod, glicerynę, wyskok itd., aby wywołać nieżyt kiszek a doświadczenia te czasem się udawały. Z doświadczeń tych wynika, iż lase-

czniki choleryczne posiadają wybitne patogeniczne własności, które objawiać się mogą, gdy laseczniki nienaruszone dostaną się do kiszek cienkich a znajdą tu okoliczności umożliwiające im usadowienie się. U świnek morskich jedynie sztucznie daje się to uskutecznić, ale u ludzi żołądek nieraz znajduje się w stanie takim, że treść jego oddziaływa obojętnie lub alkalicznie, np. zawsze po ukończeniu właściwego trawienia żołądkowego i przejściu miazgi do kiszek cienkich. Ludzie więc co do usposobienia do przyjęcia jadu cholerycznego różnie się zachowują stósownie do stanu trawienia w żołądku. Usposobienie osobnicze zależy w wielkiéj mierze od stanu trawienia, w jakim był żołądek, gdy jad się dostał i w jakim były kiszki, nie ma wątpliwości, że dalsze badania w tym kierunku wiele wyjaśnią, gdyż skoro udało się zwierzęta przez żołądek zarazić, to będzie można także badać skutki leków.

Działanie laseczników cholerycznych niedostających się do krwi można sobie tylko w ten sposób wyobrazić, że wytwarzają toksyczne do grupy ptomainów należące istoty, które wchłonieniu ulegają i na cały ustrój wpływają. Aby dla tego wyobrażenia uzyskać podstawę, starał się Koch otrzymać te twory laseczników cholerycznych,—ale w badaniach swych w tym kierunku nie zaszedł daleko. Tyle tylko obecnie już się wykazało, że udaje się uzyskać hodowle lasecznika przecinkowego nader toksycznie działające, które wstrzyknięte zwierzętom pod skórę lub do jamy brzusznéj już po paru minutach taką grupę objawów wywołują, która pojawia się u zwierząt chorych na cholerę dopiero po 1—2 dniach, a mianowicie osłabienie podobne do porażenia odnóg tylnych, ziębnienie głowy i nóg, powolny oddech, któryto stan już po kilku godzinach śmiercią się kończy. (C. d. n.)

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska.

IV zwyczajne posiedzenie dnia 21 marca 1885 r.

Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 24.

(Dokończenie. Patrz Nr. 37).

Następnie kol. Merunowicz miał odczyt o endemicznym wolu i o związku zachodzącym między têm cierpieniem a głuchoniemotą i matołectwem (kretynizmem). Prelegent nadmienia przedewszystkiém, że wśród zestawiania wykazów statystycznych dotyczących stosunków zdrowotnych naszego kraju, uderzył go fakt, że w kilku powiatach, a zwłaszcza niektórych powiatach Galicyi zachodniéj, napotyka się znaczniejszą liczbę głuchoniemych, np. powiaty Grybowski, Nowosądecki mają 5 *pro mille* głuchoniemych. Wadowicki, Gorlicki, Myślenicki 4 *pro mille*, a mniéj niż 4 *pro mille* jest jeszcze w kilku powiatach (Bialskim, Żywieckim, Nowo-Targskim, podczas gdy w całym zresztą kraju nie dochodzi stosunek głuchoniemych nawet 2 *pro mille*. — Co do matołectwa to także uderzył prelegenta fakt, że prawie w tych samych powiatach zachodniéj Galicyi, w których jest największa liczba głuchoniemych, znajduje się także najwięcéj matołków, tylko co do tych ostatnich przybywa jeszcze powiat Wielicki. Prelegent kładzie nacisk na tę okoliczność, że statystyka dotycząca głuchoniemych jest możliwie najdokładniejsza, bo tych spisują sami lekarze powiatowi. Statystyka zaś dotycząca matołków jest już mniéj dokładna, jakkolwiek także przez tychże lekarzy urzędowych prowadzona, a to z powodu, iż pojęcia co do matołectwa nie są u wszystkich lekarzy jednolite. Każdy kto zna pomienione powiaty, przyzna zapewne, że w tych samych powiatach napotyka się najczęściéj ludzi z wolem. Fakt ten zastanowienia godny nie był dotąd dostatecznie wyjaśnionym i dopiero nie dawno wyszła rozprawa docenta chirurgii z Berna Dra Pirchera, wyjaśniająca rzecz i z téj pracy prelegent zdaje sprawę. — Wiadomo, że wol jest przerostem gruczołu tarczykowego, że kobiety i dzieci częściéj bywają wolem dotknięte niż mężczyzni, może dla tego, że pierwsze więcéj wody piją niż ostatni. Pircher odróżnia wol sporadyczny, endemiczny a nawet epidemiczny. Głuchoniemotę odróżnia Pircher tak samo (Garnizon wojskowy np. gdy przyjdzie w takie miejsce i pije wodę, dostaje epidemicznie niejako wola, a gdy się przeniesie i przestaje pić tę wodę itd., wol ustaje). Jako (ostateczną) przyczynę wola podaje Pircher konfiguracyję ziemi, a właśnie pokłady morskie i eoceńskie (*die maritimem und eocenischen Ablagerungen*), podczas gdy na pokładach gneisowych, granitowych, jakotéż kredowych nie napotyka się ludzi z wolem, ani téż większéj liczby głuchoniemych. — Pircher urodził się w Arau nad Arą, mieszkańcy tameczni żyją po lewéj stronie rzeki tak samo jak i po prawéj, pod temi samemi mniéj więcéj warunkami, jedni bardzo blisko drugich, a pomimo to na jednym brzegu rzeki jest bardzo wiele ludzi z wolem, a na drugim brzegu ludzie nie miewają wcale wolów. Na tym brzegu, gdzie nie ma wolów, są pokłady granitowe, na drugim zaś gdzie są liczni dotknięci wolem, są pokłady eoceńskie. — Co do głuchoniemoty, to odróżnia Pircher głuchotę niewrodzoną ale nabytą, jako sporadyczną i głuchotę endemiczną. Jeżeli np. kto zachorował po płonicy lub i bez tego na zapalenie ucha wewnętrznego i w skutek tego ogłuchł, to Pircher nazywa tę głuchotą sporadyczną, gdy zaś tak jak u nas w powiecie Grybowskim, Nowo Sądeckim itp. znajduje się w jedném miejscu stosunkowo dużo głuchoniemych, tam mówi Pircher, iż głuchoniemota jest endemiczną. Pircher badając znalazł, że na 100 przypadków głuchoniemoty jest 20% sporadycznéj, a 80% czyli $^4/_5$ części endemicznéj głuchoniemoty. Pircher podaje daléj, że w zakładach głuchoniemych można już zewnętrznie bez dalszego prawie badania poznać sporadycznie głuchoniemego i endemicznie głuchoniemego. U tych ostatnich jest chód ociężały i niezgrabny, wejrzenie głupowate, niemożność wymawiania pewnych głosek itd. Ponieważ wreszcie w tych samych miejscach, gdzie jest stosunkowo znacznie więcéj mieszkańców wolem i głuchoniemotą dotkniętych, znajduje się także stosunkowo więcéj matołków, przychodzi więc Pircher do wniosku, że matołectwo, głuchoniemota i wól są wprawdzie różnemi postaciami ale jednéj i téj saméj choroby infekcyjnéj, nośnik zaś czyli zarazek (jad) téj choroby zawarty jest we wodzie, a tkwi w pokładach eocenicznych i morskich. Ludzie takich okolic znają dobrze studnie, z których woda gdy się ją pije wywołuje wole, i to tak dobrze znają takie studnie, że popisowi niechcący iść do służby wojskowéj idą do takich studzień pić wodę, dostają wola, a wtedy nie są zdolni do pełnienia służby wojskowéj. Jakiéj natury jest ten zarazek (jad), nie wiadomo. — Kilkadziesiąt razy wykonany rozbiór chemiczny wody z tych studzien nie wykazał nieorganicznego szczególnego jakiego składnika, owszem skład téj wody podobny był do składu innéj zwykłéj wody. Że to jest więc jakiś organiczny jad, jest bardzo możliwe. Klebs pisał o czémś podobném już w roku 1870. Zapobiedz wolowi możnaby sprowadzeniem wody zwykłéj z odległych źródeł dostarczających dobréj wody. Aby wyniki pracy Pirchera zastósować do naszego kraju, starał się Przewodniczący o mapę geologiczną Galicyi, wprawdzie nie ma jeszcze tejże ale prof. mineralogii Dr. Kreutz oświadczył, że właśnie powiaty Grybowski, Nowosądecki, Gorlicki itd. mają przeważnie pokłady trzeciéj formacyi, t. j. morskie i eoceńskie, co stwierdzałoby poglądy Pirchera. — W dyskusyi przytacza kol. Stroynowski o wolu sporadycznym, że jeden jego znajomy z Wiednia wyjeżdża z całą rodziną prawie co rok na lato w Alpy i wszyscy, nawet pies, dostają wola, wróciwszy na zimę do Wiednia i pijąc wodę źródlaną, wszyscy tracą wola, zapytuje więc prelegenta, czy Pircher zauważył także takie przypadki. Prelegent potwierdza a nawet przytacza fakt, że taki wol bywa czasem epidemicznym (w garnizonach wojskowych) i także przy zmianie miejsca pobytu ginie. — Kol. Bylicki nadmienia, że u młodych dziewcząt chorych na błednicę zauważył przerost płatu środkowego jako rodzaj wola i że ten wol wśród leczenia wzmacniającego nie ustępuje, a nawet rokowanie jest w takich przypadkach błednicy zwykle gorsze.— Kol. Laskiewicz zauważa, że pisarze francuscy przypisują powstawanie wola brakowi światła, dobréj wody itp. warunkom, gdyż spostrzeżono, że mieszkańcy kotlin, wąwozów itp., gdzie istotnie spływ nieczystości i komunikacyja są utrudnione, brak dobréj wody, światła idt., mają

często wole. Dalej podnosi kol. L. możność dziedziczenia wola, głuchoniemoty i matołectwa. Inni obwiniają znowu zawieranie związków małżeńskich w rodzinie o wpływ na powstawanie wola itd. U kobiet znowu obwiniają o sprawianie wola krzyczenie podczas porodów, nadmiar wapna we wodzie itp. — Kol. Pisek zapytuje, czy sporadyczne wole także można przypisać wodzie i jéj składowi, czy też gruntowi? i czy wole sporadyczne może mieć z epidemiczném jaki związek wspólny; a co do wola przez kol. Bylickiego śród błednicy spostrzeganego sądzi, że mógł to być tak zwany *Colier de Venus*. — Kol. Pawlikowski zna powiat Sądecki bardzo dobrze, otóż stwierdza, że są tam okolice, gdzie jest wol endemiczny od dawna i zawsze, a inne znowu okolice, gdzie wol niejako sporadycznie przydarza się tu i owdzie, lub kolejno znowu przechodzi z jednego miejsca na drugie, potrwa czas jakiś i niknie, a przydarza się znowu gdzieindziej (nieco daléj). Twierdzenie więc, że eoceńskie pokłady są przyczyną wola, nie tłumaczy rzeczy dostatecznie. Iwonicz np. leży na pokładzie 3éj formacyi, a wola tam nie ma. — Kol. Merczyński czyni uwagę, że tabliczki statystyczne matołków (według przypuszczenia samego prelegenta) są niedokładne, a że głuchoniemota pociąga za sobą pewnego rodzaju głupowatość (idyjotyzm), może więc do matołków zaliczają tychże głuchoniemych głupowatych, i to może sprawia, że się u nas schodzi najwyższy procent głuchoniemoty i matołectwa w pewnych powiatach, jak Gorlicki, Nowosądecki itp. Co do pracy Pirchera sądzi kol. M., że jest nieco jednostronna, że w niéj zresztą wiele rzeczy już znanych, a nowém tylko chyba to, że łączy głuchoniemotę i wole i sprowadza je do wspólnéj przyczyny. Zgadza się, że może być jakiś zaduch, że woda i grunt pewnego składu mogą wpływać na te stany chorobowe, nie zgadza się jednak w pojęciu co do *struma epidemica*, bo jeżeli może występować *parotitis* epidemicznie, tak może i *strumitis* wystąpić epidemicznie, ale to wtedy jest tylko przekrwienie gruczołu tarczykowego, które może przejść potém w degeneracyję. Z kol. Laskiewiczem nie zgadza się, aby małżeństwa w rodzinie przyczyniały się do matołectwa, brakuje bowiem do takiego twierdzenia danych statystycznych. — Prelegent odpowiada, że fakty przezeń podane zgadzają się z twierdzeniem Pirchera, cytuje pojedyncze miejscowości i procent głuchoniemych, jakoteż procent matołków w tychże samych miejscowościach na dowód, że nie brano głuchoniemych za matołków, bo liczby są różne w tych samych miejscowościach, raz więcéj matołków, to znowu więcéj głuchoniemych w téj saméj miejscowości. — Kol. Bylicki nadmienia jeszcze, że w Kuźnicach koło Zakopanego spotkał w jednym wąwozie 3ch głuchoniemych, co także zauważył i bawiący tamże Dr. Chałubiński i przypuścił, że może brak światła, to jest późniéj wschodzące a wcześniéj zachodzące słońce, wpłynęło na powstanie téj głuchoniemoty. Co do *Colier de Venus*, które przypuszczał kol. Pisek w przypadkach wola, o których powyżéj wspomniał, oświadcza, że to nie był *Colier de Venus*, ale wol, i że nie wzywano go tam z powodu błednicy, ale właśnie z powodu wola, który dotknięte dziewczęta lub otoczenie ich zatrważał. Że ciąża ma wpływ na naczynia, więc mogą powstać żylaki, a nawet wol przypuszcza kol. Bylicki. — Kolega Merczyński nadmienia, że choć statystyka wykazuje dużo głuchoniemych w jego okolicy (powiat Brzeski), to jednakże nie spotykał tam głuchoniemych.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Wiktor.

VI. Listy z Madrytu o cholerze.

Podał Dr. M. Buzdygan.

III.

Madryt dnia 4 września 1885.

Epidemija słabnie wreszcie w całéj Hiszpanii; od tygodnia opada znacznie cyfra śmiertelności i nowych przypadków. W północnych prowincyjach, które później były nawiedzone, padają jeszcze liczne ofiary, charakter jednak cholery jest już w tém *stadium decrementi* łagodniejszy, procent śmiertelności mniejszy, niżli z początku, gdzie prawie połowa chorych umierała, a były nawet okolice, gdzie mały porcent zostawał przy życiu. Oczywiście wielki tu wpływ miały stosunki miejscowe sanitarne i społeczne. Najwięcéj przypadków tak choroby jak i śmierci było w tych miastach, miasteczkach i wioskach, które się pomiędzy innemi wyróżniają opłakanym stanem sanitarnym; gdzie wąskie brudne ulice przepełnione są znaczną ilością mieszkańców głównie ubogich, gdzie stosowanie przepisów sanitarnych natrafia na ogromne przeszkody, dla braku funduszów a jeszcze więcéj dla oporu ludu fanatycznego. Miasta południowe, a szczególniéj ich stare dzielnice, mają ulice wąskie, ciemne, brudne, tak, że dla cudzoziemca przejście przez owe ulice jest prawdziwą męką; powietrze pełne smrodliwych wyziewów tamuje oddech, a kupy nieczystości ludzkich i zwierzęcych jego kroki. Nic więc dziwnego, że w takich miastach robiła cholera znaczne spustoszenia, zabierając każdéj rodzinie po jednéj albo więcéj ofiar. Tak w Madrigal de las Torres na 1.000 mieszkańców w przeciągu miesiąca sierpnia zachorowało 311 a umarło 67 osób z cholery; w innéj miejscowości w prowincyi Maladze na 200 mieszkańców umarło 80.—Również znaczną była śmiertelność w okolicach, gdzie brak dobréj wody a ludność czerpie ją z mętnych zanieczyszczonych cystern. Względnie mały procent przypadków cholery w Madrycie w znacznéj części przypisać trzeba doskonałéj wodzie, któréj dostarczają miastu wodociągi z gór pobliskich, jak niemniéj wysokiemu położeniu (655 metrów ponad poziom morza). Wiele górzystych okolic oszczędziła epidemija. Tak w la Granja, letniéj rezydencyi królewskiéj, położonéj na wysokości 1.156 metrów w górach Gwadarrama nie zauważono ani podczas dawniejszych ani podczas obecnéj epidemii ani jednego przypadku cholery, chociaż ona sroży się o $1\frac{1}{2}$ mili w mieście Segowii, mimo że jest ciągła i ożywiona komunikacyja między oboma miastami, Segowia jest bowiem stacyją kolei żelaznéj, z któréj codziennie wiele osób przybywa do la Granii.

Środki przeciw szerzeniu się epidemii stósują tu władze sanitarne, poparte gwardyją cywilną i gminy. Władze sanitarne mają czuwać nad uzdrowieniem miast; rozmieszczają ubogą ludność po barakach za miastem, urządzają szpitale, dostarczają lekarzy a przedewszystkiém zaopatrują lud ubogi w żywność. Fundusze płyną ze składek publicznych a zapomogi od Rządu. Przy wjeździe do miasta na stacyjach kolei żelaznéj odbywają się okadzania osób i rzeczy. Po ulicach co noc płoną ognie z siarki, w Madrycie spala się na noc 550 kilogr. siarki. Domy, w których zdarzył się przypadek cholery, oczyszczają karbolem.—Na własną znów rękę, mimo zakazu Rządu, utrzymują niektóre gminy kordony naokoło swych siedzib, nie wpuszczając nikogo z sąsiednich okolic nawiedzonych cholerą.

Mimo pomocy ze strony władz sanitarnych ileżto jeszcze niedostatków! Nieraz mrą setki ludzi a w całéj okolicy ani jednego lekarza, ani pomocy; ileżto dni nieraz leżą po domach niepogrzebane trupy, bo ich najbliżsi z przestrachu uciekli. Podobne smutne zdarzenia działy się i po dużych miastach. W Granadzie np. podczas wizyty urzędowéj minister Villaverde zastał 19 trupów od wielu dni niepogrzebanych, bo trudno było dostać ludzi, którzyby się podjęli grzebania. Z drugiéj strony jakimże cynizmem nacechowany fakt, który miał miejsce w samym Madrycie. Ludzie co wywozili zmarłych na cmentarz, pogrzebawszy trupa, w téjże saméj trumnie wprowadzali do miasta kontrabandę i to artykuły żywności. Władze celne wykryły wreszcie to ohydne rzemiosło, sprawców ukarano a odtąd nie pozwolono trumien przywozić do miasta.

Według dat statystycznych urzędownie dziś ogłoszonych zachorowało aż po dzień 2 września na cholerę w Hiszpanii 233.726 a umarło 85.908 osób. Według prowincyj cyfry te rozkładają się jak następuje: W Albacete zachorowało 7.599, a umarło 2.665; w Alicante zach. 10.441, um. 4.442; w Almeria zach. 7.252, um. 2.162; w Badajoz zach. 1.500, um. 642; w Barcelonie zach. 1.926, um. 941; w Burgos zach. 1.030, um. 340; w Cadiz zach. 204, um. 108; w Castellon zach. 12.974, um. 4.842; w Ciudad Real zach. 2.389, um. 1.074; w Cordobie zach. 2.853, um. 933; w Cuenca zach. 8.288, um. 2.921; w Geronie zach. 1.413, um. 421; w Granadzie zach. 22.510, um. 9.604; w Guadalajara zach. 903, um. 350; w Huesca zach. 3.022, um. 625; w Jaen 2.855, um. 1.493; w Leridzie zach. 2.218, um. 828; w Logrono zach. 2.264, um. 633; w Madrycie zach. 6.807, um. 2.897; w Maladze zach. 2.275, um. 811; w Murcyi zach. 15.366, um. 5.965; w Nawarze zach. 9.190, um. 2.497; w Palencyi zach. 2.639, um. 494; w Salamance zach. 480, um. 207; w Santander zach. 197, um. 71; w Segowii zach. 1.160, um. 414; w Sorii zach. 2.150, um. 785; w Tarragonie zach. 4.538, um. 1.492; w Teruel zach. 15.885, um. 4.959; w Toledzie zach. 9.280, um. 3.321; w Walencyi zach. 31.050, um. 13.880; w Valladolid zach. 4.835, um. 1.458; w Zamorze zach. 2.492, um. 474; w Zaragosie zach. 33.014, um. 10.855. Prócz tego w reszcie półwyspu było 767 przypadków choroby a 304 śmierci z cholery. Najwięcéj zatém zachorowało w prowincyi Zaragozie a najwięcéj umarło w Walencyi.

Co do Ferrana, szczepi on teraz cholerę pod kontrolą Komisyi już od miesiąca, ale smutne dochodzą wiadomości o wynikach jego doświadczeń. Tak telegrafuje wczoraj gubernator Taragony, że z osób w ostatnich dniach zaszczepionych w Cambrils dużo zachorowało, jedni marli z cholery, drudzy w skutek flegmony, powstałéj w miejscu zaszczepienia, u innych lekarze oświadczyli się za amputacyją ramion. Gdyby to doniesienie gubernatora było prawdziwém, miałoby ono następstwa fatalne. Skoro tylko otrzymam daty statystyczne dotyczące szczepienia, będę mógł szan. Kolegom coś pewnego o téj sprawie donieść.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w sierpniu r. 1885.

Tyfus brzuszny ustaje coraz bardziéj, tak iż w sierpniu stwierdzono go tylko w 25 miejscowościach dziewietnastu powiatów. Z końcem lipca pozostało chorych tyfusowych 123 w leczeniu, do tego przybyło w ciągu sierpnia 307, a z ogólnéj liczby chorych wyzdrowiało 296 osób czyli 68·8%, umarło zaś 24 czyli 5·6%, a 110 chorych pozostało w dziewięciu gminach w leczeniu, szczególnie w powiecie rawskim, 28 chorych w trzech gminach, i w powiecie tłumackim w jednéj gminie także 28 chorych.

Tyfus plamisty stwierdzono w siedmiu gminach siedmiu różnych powiatów, po większéj części znacznie od siebie oddalonych. Z końcem lipca pozostało w leczeniu tylko 18 chorych na tyfus plamisty, do tego przybyło w ciągu sierpnia 63 chorych, a z wszystkich leczonych ozdrowiało 57 czyli 70·4% umarło 5 czyli 6%, pozostało w leczeniu z końcem sierpnia 19 chorych, z tych niemal połowa w jednéj gminie powiatu brodzkiego.

Szkarlatyna była w sierpniu na mniejszą ilość gmin rozszerzoną niż w lipcu, lecz liczba chorych była w sierpniu wyższą, a zwłaszcza liczba pozostałych z końcem miesiąca. Ogółem leczono w sierpniu 312 chorych, z tych wyzdrowiało 168 czyli 53·8%, umarło 52 czyli 16·7% (podczas gdy w lipcu tylko 11·6%), pozostało zaś w leczeniu 92 chorych (w lipcu 29) w 8miu miejscowościach. Najwięcéj chorych było w powiecie cieszanowskim (63 chorych w dwu gminach) i w tym téż powiecie powstało z końcem sierpnia najwięcéj chorych w leczeniu.

Dyfteryję stwierdzono w jednéj gminie kołomyjskiego powiatu z nader łagodnym przebiegiem.

Czerwonka rozszerzyła się najbardziéj, stwierdzono ją bowiem w 174 gminach w 53 powiatach. W powiecie jasielskim było tą chorobą 11 gmin dotkniętych, w powiatach brzozowskim i tarnopolskim po ośm gmin, w bialskim i brzeskim po siedm, w grodeckim, myślenickim, przemyskim, rzeszowskim i złoczowskim po sześć w kamioneckim, sandeckim, zbarazkim i żywieckim po pięć gmin. Największa śmiertelność zdarzyła się w jednéj miejscowości śniatyńskiego powiatu, gdzie z 38 chorych 17 umarło; mniéj groźną jakkolwiek zawsze jeszcze bardzo złośliwą była czerwonka w kilku gminach powiatu brzeskiego: (Czchów, Tworkowa, Żerków, Biesiadki i Sufczyn) daléj powiatu bielskiego (Kozy, Bujaków) także w jednéj gminie powiatu tarnopolskiego (Druganówka). Z końcem lipca pozostało w leczeniu 1221 chorych, do tych przybyło w ciągu sierpnia 5767, a z ogólnéj liczby 6988 leczonych wyzdrowiało 4230 albo 60·5%, umarło 728 czyli 10·4% (w lipcu 11%) pozostało z końcem sierpnia 2030 chorych.

Odrę stwierdzono w siedmiu gminach tyluż powiatów. Z 323 leczonych chorych wyzdrowiało 249 czyli 77%, umarło 22 albo 6·8% pozostało z końcem sierpnia w trzech miejscowościach 52 chorych.

Krztusiec już od lipca powoli się rozszerza, i tak gdy w lipcu stwierdzono go w 51 gminach 22 powiatów, w sierpniu rozszerzył się na 60 miejscowości 27 powiatów. O 2937 leczonych w sierpniu chorych (w lipcu 2180) wyzdrowiało 1344 czyli 45·8%, umarło 146 czyli 5% (w lipcu tylko 3·1%) pozostało z końcem miesiąca 1446 chorych (z końcem lipca 824).

Ospa prawie już zupełnie wygasła. Z końcem lipca pozostało 56 chorych, do tego przybyło w sierpniu 71 chorych, a z ogólnéj liczby 124 leczonych chorych umarło 3 osoby szczepione i 18 nieszczepionyh, pozostało w leczeniu 7 szczepionych i 8 nieszczepionych w pięciu gminach. W mieście Lwowie zostało z końcem sierpnia 2 chorych w szpitalach.

Lwów dnia 15 września 1885.

Dr. Józef Merunowicz.

Ω. Jak *Arch. f. Kinderheilkunde* t. 5 donosi higijena noworodków w Ameryce zbliża się coraz bardziéj do czasów pierwotnych. Za najstosowniejsze postępowanie z noworodkami uważają obecni akuszerowie amerykańscy następujące: Zaraz po urodzeniu główki akuszerka przemywa dziecku oczy 2% kwasem karbolowym lub 4% wodą borową. Skoro dziecko urodzi się w całości, zostawia się je w spokoju obok matki w łóżku, póki łożysko samo przez się nie wyjdzie z części rodnych, co ma miejsce zwykle w ½—¾ godz. Przed tym czasem nie robi się nic, aby akt ten przyspieszyć. Skoro łożysko się już odłączyło samo, zabiera go się wraz z dzieckiem, nie odłączając go. a całą uwagę zwraca się na położnicę. Dopiero skoro już zrobiono wszystko koło choréj matki, wtedy przystępuje się do dziecka. Tymczasem krążenie łożyskowe ustało, przecina się więc pępowinę bez poprzedniego podwiązywania i koniec jéj zupełnie pozostawia się wolnym. Dziecka ani się nie kąpie, ani nie myje, tylko okrywa je się starannie czémś ciepłem i zostawia w łóżeczku. Dopiero w 25 godzin po porodzie daje się dziecku pierwszą ciepłą kąpiel. Dr. Tyng, lekarz kierujący The Womens Hospital w Filadelfii, twierdzi, że odkąd w powyższy sposób postępuje z noworodkami, śmiertelność między niemi znacznie się zmniejszyła, aniżeli to miało miejsce przy dawnjejszém, zwykłém postępowaniu.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 23—29 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 32,9. Z odry umarło 4 (0 z. t.); z płonicy 0 (2 z. t.); z błonicy 1 (3 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (1 z. t.); z czerwonki 1 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach odry, 1 płonicy, 2 krztuśca, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 16—22 sierpnia umarło z ospy: w Petersburgu 1, w Odesie 2, w Paryżu i Wenecyi po 3, w Budapeszcie i Warszawie po 4; w Rzymie 7; w Wiedniu 16. Zachorowało na ospę: w Hamburgu 1, w Budapeszcie 14, w Wiedniu 54. Z duru brzusznego umarło w Wiesbadeńskiém od 16—22 sierpnia 4, zachorowało 28. Z cholery umarło w Hiszpanii od

9—16 sierpnia 13.371, zachorowało 37.334; w Marsylii umarło od 23—28 sierpnia 214, w Tulonie 111.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 16—22 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,0; w Warszawie 36,9; w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 20,6; w Pradze 28,6; w Budapeszcie 30,7; w Berlinie 27,9; w Gdańsku 28,2; w Hamburgu 25,4; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Amsterdamie 20,0; w Bazylei 26,4; w Brukseli 30,7; w Chrystyjanii 21,0; w Kopenhadze 17,6; w Odesie 35,3; w Paryżu 22,1; w Petersburgu 29,1; w Rzymie 25,5; w Stokholmie 20,2; w Wenecyi 27,9; w Zurychu 20,2. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 września. Dowiadujemy się, że obecnie dwóch rodaków naszych pracuje w zakładzie higijenicznym prof. Kocha w Berlinie: Dr. Szpilmann ze Lwowa, który uzyskał subwencyję od Ministerstwa oświecenia celem zwiedzenia zagranicznych zakładów fizyjologicznych i kształcenia się w bakteryjologii i Dr. Władysław Antoni Gluziński, asystent kliniki lekarskiéj prof. Korczyńskiego w Krakowie.

* Dziś rozpoczęła się przed tutejszym trybunałem przysięgłych rozprawa w sprawie Ritterów i Stochlińskiego o skrytobójstwo, popełnione na Franciszce Mnichownéj; sprawa ta, która tyle już zyskała rozgłosu, jak wiadomo sądzoną jest po raz trzeci. Po zapaść mającym wyroku przedstawimy rzecz w Przeglądzie Lek., o ile szczupłość miejsca pozwoli, ze stanowiska sądowolekarskiego na podstawie aktów.

* Prof. Pareński po kilkotygodniowéj niebytności powrócił do Krakowa.

○ Na porządku obrad sekcyi higijenicznéj Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich zbierającego się 18 września w Strasburgu pomieszczono: 1) sprawę przeciążenia pracą robotnic i dzieci we fabrykach ze stanowiska higijenicznego; 2) jakie lekarsko-policyjne zarządzenia zalecają się na granicach celem zapobieżenia rozszerzeniu się cholery z zagranicy na Niemcy.

* Sir Paget zebrał dane o losach 1,000 studentów medycyny, którzy uczyli się w szpitalu św. Bartłomieja. 23 z téj liczby po ukończeniu kursu miało świetne powodzenie i zdobyło sobie obszerną praktykę; 66 miało dużą praktykę, ale nie zajmowało wybitnego stanowisko; 507 mogło żyć z praktyki nie źle; 124 miało życie ciężkie — medycyna nie zawsze dawała im dość środków do życia. 56 zupełnie nie miało powodzenia; z tych 16 z niewiadomych przyczyn, 10 z powodu chorób i nieszczęśliwych okoliczności, 10 z powodu nieprawidłowego życia, 5 z przyczyny niemoralnego prowadzenia się, 15 z powodu niemożności ukończenia ostatecznego egzaminu na lekarza, 96 po otrzymaniu dyplomu przerzuciło się na inne pola, 41 zmarło w czasie kursu, 87 wkrótce po ukończeniu kursu.

„*Wracz*“ sądzi na podstawie 20 letnich obserwacyj i obszernych stosunków pomiędzy lekarzami, że w Rosyi stosunek jest jeszcze mniéj pomyślnym. A u nas? Każdy z liczby tych, co razem z nim kursa skończyli, mógłby znaleźć przykłady do téj lub owéj kategoryi, a bodaj czy nie więcéj do ostatnich niż do pierwszych.

Cyfry powyższe pokazują, że większość lekarzy zaledwie że może wyżyć ze swéj praktyki i tylko mała liczba, która jednak tak nęci i którą tylko widzi młodzież, rzucająca się na medycynę, dobija się świetniejszego losu, „jeździ karetą“ — jak mówią u nas. (*Kronika Lekarska*).

* W Szczawnicy do końca sierpnia było gości 2825, w Cieplicach czeskich 7716, w Giesshüblu 472, w Gleichenbergu do 8 września 4.666 osób, przed kilku dniami przybył król Milan z małżonką i infantem.

* **Wiedeń**. Ministerstwo spraw wewnętrznych na mocy rozporządzenia z d. 17 września 1883 r. zakazało sprzedaży środków lekarskich elektro-homojopatycznych hr. Mattejego.

Posadę dyrektora dolno-austryjackiego zakładu dla obłąkanych, opróżnioną w skutek śmierci prof. Schlagera otrzymał prymaryjusz Gauster.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Królewiec.** Prof. dorpacki Stieda mianowany został profesorem w tutejszéj Wszechnicy.— **Würzburg**. Posadę Gerhardta otrzymał Laube z Erlangi.

* **Nekrologija**. Przed zamknięciem Nru dochodzi nas wiadomość o śmierci znakomitego historyka lekarskiego prof. Haesera we Wrocławiu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 37: Chełchowskiego: Przypadek zgorzeli płuc ograniczonéj; Sokołowskiego: O włóknistéj postaci suchot płucnych (c. d.). W *Medycynie* Nr. 37: Rogowicza: Nowe zakłady publiczne dla biednych rodzących w Warszawie (c. d.); Poznańskiego: Dławiec i błonica (dok.).

Sprostowanie. W rozprawie p. t. „Ilość i własności żelaza“ wkradły się następujące błędy: str. 458, szp. 2, przypisek wiersz 3 od dołu: zamiast nieorganicznemi, winno być organicznemi. — Str. 468, szp. 2, wiersze 3 i 7 od dołu: zamiast $Fe_2(SO_4)_3$, winno być $Fe_2(PO_4)_2$. — Str. 469, szp. 2, wiersz 8 od dołu: zamiast białkan żelazawy, winno być białkan żelazowy. — Str. 470, szp. 2, wiersz 2 od góry: zamiast niedokwas winno być tlennik. — Nadto wymienione 2 razy na str. 467, szp. 2 i 470, szp. 2, nazwisko Stahel, winno być bez *c* we środku pisane.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ad Nr. 14 i 15.

Ogłoszenie zadań konkursowych dla kandydatów i młodszych doktorów w. n. lek. i medycyny

Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego w wykonaniu postanowień fundacyi konkursowéj ś. p. protomedyka Józefa Jakubowskiego i Dawcy niewiadomego, uchwalił na posiedzeniu w d. 22. maja br.

I. Rozpisać dwie nierówne nagrody konkursowe, a mianowicie jednę w kwocie 500 złr. a drugą w kwocie 300 złr. w. a.

II. Ogłosić w tym celu następujące zadania konkursowe:

1). Skreślić stosunki endemiczne matołectwa i wola górskiego w Galicyi zachodniéj pod względem jego rozkrzewienia, szczególnych siedlisk, objawów patologicznych i mikroskopijnych, ze szczególném poszukiwaniem ewentualnych mikrobów czy i o ile na rozwój lub stopień cierpienia wpływają? tudzież środków zaradczych leczniczych lub łagodzących.

2). Zbadać szczegółowo zmiany krwi w przebiegu zimnicy i zakażenia zimniczego pod względem ilości i jakości ciałek krwi czerwonych, stosunku ich do ciałek białych i pod względem ilości hemoglobinu.

3). O istotach trujących sporyszu (*secale cornutum*), o ile im można przypisywać powstanie rojnicy (*ergotismus*).

III. W myśl postanowienia wyżéj wzmiankowanych fundacyj ubiegać się mogą o nagrodę kandydaci Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, tudzież doktorowie wszech nauk lekarskich i Doktorowie medycyny, którzy w przerzeczonym Uniwersytecie uzyskali stopień doktorski na dwa lata przed ogłoszeniem niniejszego konkursu, lub nawet nieco dawniéj (w myśl późniejszego postanowienia ś. p. protomedyka Jakubowskiego).

IV. Prace konkursowe, spisane w języku polskim, nadesłane być mają pod koniec Października roku 1886 na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.—Na okładce winny być opatrzone w godło, wypisane również na dołączonéj oddzielnie kopercie zapieczętowanéj, a zawierającéj wewnątrz imię i nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Ostatni przepis nie dotyczy jednak prac ogłoszonych drukiem od dnia rozpisanego konkursu, a które także ubiegać się mogą o nagrodę.

V. Jedynie koperty opatrzone godłem prac nagrodą uwieńczonych będą rozpieczętowane celem ujawnienia autorów; wszystkie zaś inne razem z rękopismami, do których należą, zwrócone będą na żądanie bez otwarcia.

VI. Wysokość nagrody jest niezależną od wyboru zadania i zawisłą od stopnia wartości naukowéj, dokładności i ścisłości opracowania i rozwiązania obranego tematu.

Kraków dnia 15 czerwca 1885 r.

Stopczański.

t. r. Dziekan Wydziału lekarskiego.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod tymcz. zarządem Bol. Dembowskiego.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 26 września 1885. № 39. Rok XXIV.

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

XIX.

Wątpliwy stan umysłowy młodéj podpalaczki.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

Tacia M., urodzona d. 11 września 1868 r., obwinioną jest o następujące czyny karygodne: 1) d. 1 listopada 1883 r. podpaliła strzechę chaty i chróst w chlewie; 2) d. 2 listopada; 3) d. 3 listopada; 4) d. 4 listopada; 5) d. 5 listopada, każdym razem stożek siana; 6) d. 22 listopada strzechę stodoły; 7) d. 23 listopada strzechę chaty; 8) d. 26 października 1884 r. stożek siana; 9) d. 27 października strzechę chlewu; 10) d. 1 listopada słomę; 11) d. 9 listopada stożek siana. Z powodów późniéj wyłuszczyć się mających Sąd mając wątpliwość co do jéj poczytności, polecił badanie jéj stanu umysłowego znawcom Drom A. i B., którzy po dłuższéj obserwacyi złożyli następujące sprawozdanie:

Tacia M., lat 16, rodzice oboje ludzie prości, nader mało umysłowo rozwinięci. Przed dziewięciu laty, a więc jako dziecię 7 lat liczące, Tacia pozostawiona raz sama dla pilnowania dziecięcia młodszego miała podpalić kołyskę i tylko obcéj pomocy udało się zażegnać nieszczęście; fakt ten jednakże trudno sprawdzić a tém trudniéj wykluczyć możliwy przypadek. Przed kilku laty przebyła badana według podania ojca ciężką jakąś chorobę, w któréj leżała jak umarła, jaka to jednak była choroba, trudno dociec. Od lat kilku była Tacia w służbie w różnych miejscach, a służbodawcy ostatni zeznają, iż Tacia, jakkolwiek odpowiednio wiekowi swemu okazywała się zanadto dziecinną, nie zdradzała jednak żadnych zboczeń umysłowych. Przed kilku miesiącami powróciła do rodziców, gdzie w krótkim czasie u dwóch gospodarzy wybuchł pożar podłożony ręką zbrodniczą. Podejrzenie skierowało się przeciw Taci, która zagrożona przez ojca z początku się nie przyznała, późniéj jednak badana przez wójta miejscowego przyznała się nietylko do dwóch ostatnich podpaleń, ale do kilku innych, które przed rokiem miały miejsce. W Sądzie robi Tacia obszerne zeznanie co do wszystkich podpaleń, jako przyczynę podaje złe obchodzenie się z nią, tylko w jednym przypadku nie umie podać przyczyny. Świadkowie zeznają, że po każdorazowém powstaniu ognia Tacia pierwsza o tém znać dawała, skutkiem czego lud uważał ją jako miłą Bogu, nigdy jednak nie okazywała żadnego żalu nad poszkodowanymi, i tak się zachowywała, że na nią podejrzenie długi czas nie padło. Te liczne podpalenia zdziałane przez młodą nader dziewczynę wzniecić musiały podejrzenie cierpienia umysłowego (pyromanii) a Tacia oddana celem obserwacyi lekarskiéj do tutejszego szpitala więziennego przedstawia następujący stan obecny: Dziewczyna wzrostu prawie nizkiego, słabo fizycznie rozwinięta, tak, że odpowiednio temu rozwojowi najwięcéj 13—14 lat wieku liczyćby jéj można, włosy ciemne, tęczówki piwne, odżywienie dosyć dobre, cera zdrowa, sutki małe, słabo rozwinięte. Badana robi wrażenie nieśmiałego dziewczątka, oczy spuszcza na dół, a na zapytania szybko odpowiada. Zapytana o wiek nie umie odpowiedzieć, liczyć umie zaledwie do pięciu, daléj liczby się już mylą, podaje jednak zupełnie dokładnie i logicznie na zapytania wszelkie szczegóły co do siebie i rodziców. Do podpalenia się przyznaje, podaje jednak w każdym poszczególnym przypadku powód, który ją do tego skłonił. Raz wznieciła ogień, gdyż właściciel podał jéj ojca do kozy za kradzież lasową, a matka się tém gryzła; innym razem w służbie bardzo jéj było źle, jeść jéj nie dawano i bito tak, że pamięć straciła i dla tego się mściła. Badana do szkoły nie uczęszczała, pacierz mówi bardzo płynnie a na każde zapytanie odpowiada zupełnie logicznie. W celi więziennéj zachowuje się zupełnie spokojnie, w nocy śpi, apetyt ma dobry. Badanie fizyczne nie wykazuje żadnych zboczeń w organach wewnętrznych.

Orzeczenie. Badana jest pod względem umysłowym

słabo rozwinięta, do czego obok lichych wrodzonych zdolności umysłowych przyczyniło się zupełnie zaniedbane wykształcenie, stopień jednakże rozwoju umysłowego nie jest tak niskim, iżbyśmy uważać ją mogli za osobę umysłowo niepoczytną, w szczególności zaś cierpiącą na pyromaniją, a to z następujących powodów: *a*) Odpowiada ona na wszelkie zadane pytania zupełnie logicznie; *b*) W każdym przypadku przytacza powód dostateczny, który ją skłonił w gniewie, i celem zemsty do popełnienia zbrodni. W przypadkach obłędu instynktowego (*Impulsives Irresein, Manie sans délire Pinela)*, do którego to rodzaju choroby umysłowéj należy także pyromania, chory dokonywa złego bez wszelkiéj przyczyny, pchany niejako wyższą siłą, przy objawach często halucynacyjnych, słysząc głos „musisz to zrobić". *c*) Zachowanie się badanéj przed i po popełnieniu zbrodni przemawia przeciw pyromanii; celem dokonania czynu chowała się, żeby jéj nikt nie widział, a potém zapytana sprytnie odwraca podejrzenie od siebie, nie chce się przyznać z początku, zagrożona nawet przez ojca. Wobec powyższych uwag orzec musimy, iż badana Tacia za umysłowo niepoczytną uważaną być nie może.

Sąd niezadowolił się tém orzeczeniem i przedstawił znawcom ze swéj strony następujące uwagi:

Na wyjaśnienie przyczyny tak wielokrotnie przez siebie usiłowanych podpaleń podała Tacia do protokółu, iż do każdego z nich była jakoby bezwiednie jakąś wewnętrzną nieprzepartą siłą ciągniona, a nadto podnosi, że właściwą i jedyną przyjemność sprawiała jéj ta chwila, kiedy płomień się okazał. Okoliczności te właśnie, gdyby były prawdziwe, odpowiadałyby przynajmniéj w części wymogom, jakie znawcy dla pyromanii w przedłożoném orzeczeniu podali. Za przyjęciem prawdziwości tłumaczenia się Taci przemawiałoby przedewszystkiém to, iż podpalenia przez nią uskutecznione następowały tak bezpośrednio po sobie, ledwie jeden ogień ugaszono, już zaraz w drugiém miejscu takowy podłożyła, daléj właśnie ta nadzwyczajna mnogość podpaleń, a wreszcie i ta okoliczność, że ona zazwyczaj zaraz, zaledwie pierwszy blask ognia się ukazał, ludziom znać dawała, że się pali. Ta ostatnia okoliczność wskazywałaby właśnie na to, iż nie chodzi jéj o dokonanie jakiéjś zemsty. W takim razie bowiem musiałoby jéj przecie zależeć na tém, żeby szkoda była dotkliwą, a więc ratunek jak najpóźniéj przyszedł. W końcu zauważyć należy, iż wobec przyjętéj w orzeczeniu zupełnéj prawidłowości umysłu i loicznego myślenia zastanowić musi to dziwnie naiwne przyznanie się jéj do wszystkich tych podpaleń, co do których przecież nawet przy bardzo słabéj loice i nie wielkim namyśle przyjśćby musiała do przekonania, iż dla braku poszlaku nikt winy jéj nie dowiedzie. Zachodzi więc pytanie, czy znawcy okoliczności te przy wydawaniu orzeczenia uwzględnili, czy podniesione na wstępie tłumaczenie się Taci uważano za nieprawdziwe, czy téż za niedecydujące, a w danym razie dla czego?

W skutek tego przedstawienia pp. znawcy wydali ponowne orzeczenie następujące:

Tacia podaje wprawdzie, że do podkładania ognia była jakby bezwiedną siłą popychaną i że powstanie ognia sprawiło jéj największą przyjemność, coby przemawiało poniekąd za zboczeniem umysłowém, pyromaniją, okoliczność ta atoli nie może być w niniejszym przypadku decydującą, gdyż Tacia z drugiéj strony podaje, zapytana w każdym przypadku, iż skutkiem złego obchodzenia się z nią samą lub krzywdy wyrządzonéj według jéj zdania rodzinie jéj, gniewem pobudzoną była do czynu. Przejrzyjmy wszystkie przypadki podpalenia a przekonamy się, iż Tacia nie podpalała gdziekolwiek, ażeby tylko nacieszyć się widokiem ognia, lecz podpalała zawsze u ludzi, którzy, według jéj pojęcia, ją krzywdzili lub u rodziny tychże. Po spełnieniu czynu starała się go zawsze ukryć, obawiając się kary, i przez długi czas podejrzenie skierowane było przeciw komu innemu. Przyznanie się badanéj dobrowolne do popełnienia podpaleń, o które wcale nie była pytaną i podejrzywaną i które z łatwością mogła zataić, tłumaczy się tém, iż Tacia, jak to podnieśliśmy w orzeczeniu, jako umysłowo słabo rozwinięta, nie jest w stanie budować wniosków tak ściśle logicznych i skomplikowanych, a powziąwszy raz przekonanie, że przyznanie mniejszą na nią sprowadzi karę, wypowiada wszystko. Wreszcie nadmienić musimy, iż pyromanija jest chorobą umysłową nader ciężką, nieuleczną, będącą wypływem ciężkich zmian chorobowych w sferze psychicznéj, badana zaś Tacia trzy miesiące blisko znajduje się w tutejszém więzieniu śledczém a dotąd nie okazała najmniejszego pociągu do podpalenia. Wobec tegó, cośmy powyżéj powiedzieli, pozostajemy w zupełności przy naszém pierwszém orzeczeniu.

Sąd nie poprzestał i na tém orzeczeniu, lecz przesłał akta śledcze Wydziałowi lekarskiemu z następującą uwagą:

„Chociaż lekarze sądowi twierdzą, że Tacia dopuściła się zarzuconych jéj czynów w stanie poczytnym a z zupełną świadomością takowych, to przecież Izba radna mając na względzie, że podsądna w krótkich odstępach bez ważnych powodów czynów tych się dopuściła, i że według podania podsądnéj do popełnienia tych czynów jakąś nieprzepartą siłą powodowaną była, przyczém płonący ogień jéj jakiś rodzaj przyjemności miał sprawić, jako niemniéj zważywszy, że podsądna będąc jeszcze maleńką już ogień pod kołyską jéj pieczy powierzonego dziecka miała podłożyć i że cierpiała na jakąś słabość, w któréj przez dłuższy czas była jakby umarła, widzi się spowodowaną zasięgnąć zdania świetnego Wydziału lekarskiego z powodu ważności przypadku, w tym kierunku, czyli Tacia M. w czasie popełnienia zarzuconych jéj czynów ze względu na okoliczności w aktach naprowadzone była poczytną.

O r z e c z e n i e Wydziału opiewało jak następuje:

Tacia M. w czasie dopuszczenia się czynów bezprawych liczyła lat 15, a względnie 16; pochodzi ona z rodziców, których sędzia śledczy opisuje w następujący sposób: ojciec, lat 48 obecnie liczący, robi wrażenie człowieka dziecinnego, głupkowatego, mówi szepleniąco, a pojęcia jego nadzwyczaj nierozwinięte; matka, lat 43 licząca, tak samo jak jéj mąż nie jest w stanie dać odpowiedzi należytéj na najprostsze nawet pytanie, mówi szepleniąco i jest umysłu nadzwyczaj nie rozwiniętego. Tacia sama nie otrzymała żadnego wychowania a od 10 roku życia już nie była w domu rodzicielskim, służąc u obcych; totéż prócz pacierza, który płynnie odmawia, cała jéj treść duchowa ogranicza się do tego, *ż e l i c z y a ż d o 5 i t o n i e b i e g l e*, robi wrażenie dziewczyny o parę lat młodszéj, jest bowiem wzrostu niskiego i fizycznie słabo rozwinięta. Już w 7 roku życia miała podpalić kołyskę, w któréj leżało dziecko jéj opiece poruczone, a przed kilku laty miała przebyć jakąś ciężką chorobę, jakiś obłęd, a następnie miano ją już za zmarłą. Urząd gminny zaświadcza, że Tacia zawsze jako głupkowatego rozumu i zmysłów wygląda; również świadek podaje, że zna ją od dziecięctwa i że była uważana za durnowatą; świadkowie inni poczytują ją za głupszą i dziecinniejszą aniżeli

na jéj wiek przystało; przeciwnie świadek, u którego służyła także, nie spostrzegł, aby była durnowata, ale natomiast razem z innymi uważał Tacię jako „szczęśliwą od pana Boga, bo pierwsza widzi ogień".

Jeżeli się więc zważy, że

a) Tacia jest osoba niewątpliwie i w wysokim stopniu dziedzicznie obciążoną;

b) że nie otrzymała żadnego wychowania i że od 10go roku życia używaną była do paszenia bydła u obcych;

c) że przed kilku laty przebyła jakąś ciężką chorobę, prawdopodobnie mózgową;

d) że i pod względem fizycznym jest słabo rozwiniętą,

to już z góry własnowolność jéj mocno zakwestyjowaną być musi, jako osoby na stopie dziecięcéj pozostającéj, któréj władze umysłowe nie są jeszcze rozwinięte, a w każdym razie pozostały poniżéj średniéj miary. Żałować wypada, że w aktach nie ma nigdzie wzmianki o budowie jéj czaszki, oraz rozkwicie płciowym; w braku tych szczegółów, które w niniejszym przypadku mogłyby wszelkie usunąć wątpliwości, uwzględnić należy inne jeszcze okoliczności.

Tacia M. dopuściła się 11 razy podpalenia bez pobudki; twierdzenia bowiem pierwszych pp. znawców, jakoby powodowała się w każdym przypadku zemstą, w aktach śledztwa nie znajduje poparcia należytego. Popełnianie zaś podobnych całkiem czynów w bardzo krótkich przerwach czasu, bo prawie codziennie śród podobnych warunków i bez najmniejszéj pobudki rozumowéj musiałoby już zwrócić na siebie uwagę znawcy, nawet w razie, gdyby Tacia M. nie była tłumaczyła spełnienia tych czynów jakimś popędem, którego opisać nie umie, ale któremu oprzeć się nie zdołała, które to tłumaczenie atoli, jako podczas pierwszego przesłuchania przez wójta podane, tém bardziéj na szali zaważyć powinno, o ile nie można go poczytać za wyuczone i udawane.

Rzeczą pierwszych znawców było zbadać znaczenie i źródło tego popędu, który według doświadczenia występuje w tęsknicy, zadumie, w nerwicach rozmaitych, zrazu jako nieokreślony popęd niszczenia, a rozwielmożniając się pod wpływem zboczeń w dziedzinie rozwoju płciowego u młodych osób, zwłaszcza płci żeńskiéj, przybiera postać popędu do podpalania z téj prostéj przyczyny, że zapałka jest najprościejszym środkiem do zaspokojenia potrzeby działania, poczém chorzy chwilowo uspakajają się i pomagają w gaszeniu lub najczęściéj sami pierwsi wołają o pomoc, jak to we wszystkich przypadkach czyniła Tacia M.

Nie znajdując w aktach owych ważnych szczegółów Wydział nie wdaje się w roztrząsanie możebności, ale przypuszczając nawet, że u Taci nie można wykryć żadnego z tych zboczeń, nie widzi wcale potrzeby podszywania się pod widmo pyromanii, która wcale nie istnieje jako forma chorobowa. Natomiast uczy doświadczenie, że do pewnego stopnia wszystkie dzieci są pyromanami, a im dziecko jest mniéj rozwinięte, im bardziéj brak mu wychowania, tém nieoględniéj obchodzi się z ogniem. Pomijając więc możebne zboczenia w dziedzinie umysłowéj i nerwowéj, to już fakt, że Tacia M. jest nierozwiniętą pod względem cielesnym i umysłowym, wystarcza do wytłumaczenia czynów jéj bezprawych, wykonywanych bez najmniejszéj pobudki.

Z tych powodów Wydział lekarski orzeka stanowczo, że Tacia M. w czasie popełnienia czynów jéj zarzuconych nie była w możności zastanowienia się nad ich następstwami z powodu nierozwinięcia należytego władz umysłowych.

(Dokończenie nastąpi).

II. O leczeniu duru brzusznego.

(Wykład w Sekcyi lwowskiéj Tow. Lek. galic. we Lwowie 7 lutego 1885.).

Napisał Dr. W. Pisek,

b. asystent Uniw. Jagiell., i lwowskiego szpitala powszechnego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

Drugim fundamentalnym zabiegiem leczniczym w skład eczenia przeciwgorączkowego wchodzącym jest podawanie leku przeciwgorączkowego, który często czyni zbytecznem użycie częstszych kąpieli. Najstosowniejszym okazał się chinin (*muriaticum* lub *sulphuricum*) w dawce dla dorosłych od 1—3grm. w przeciągu godziny stosowanych i powtarzanych, nigdy jednak przed upływem 48 godzin. Liebermeister, Zülzer i inni radzą podawać chinin w godzinach popołudniowych lub nad wieczorem szczególniéj w tym okresie, gdy istnieje *febris continua* lub *subcontinua*. Jeżeli się ostrożnie postępuje, indywidualizuje, nie ma obawy o przykre następstwa.

Salicylan sodowy okazał liczne niedostatki. W ostatnich czasach polecony sztuczny przetwór kairin w istocie obniża podawany systematycznie i najbardziéj wygórowaną ciepłotę. Jeśli ciągła kontrola lekarska jest możebną, to lek ten w gramowych dawkach, podawany co godzina, skutkuje znakomicie; najstosowniejszą formą są kapsułki lub opłatki.

Antipyryn, w bieżącym roku z licznych stron polecany, obniża ciepłotę już po 3—5 godzinach, podawany w dawkach dwugramowych co 3 godziny [1]), a spadek ciepłoty trwa 7—9 godzin, czasem i do 24 godzin; również i ilość uderzeń tętna zmniejsza się choć nie w tym stosunku. Dzieciom radzi Zülzer podawać trzy dawki po jednym gramie co godzina, z dodatkiem wody miętowéj lub wina. Również i podskórnie można użyć antipyrynu w rozczynie gorąco sporządzonym (1:0·50 Aq.). Z oświadczeń Demmego zdaje się wynikać ważne przeciwwskazanie antipyrynu, t. j. znaczne osłabienie czynności serca lub *myocarditis*. Do tych leków przybywa nowy, dopiero niedawno wprowadzony w użycie. Jest nim talin (*Thallinum*), zasada chinolinowa przez Skraupa otrzymana. Otóż Jaksch młodszy wykazał, że talin działa silnie przeciwgorączkowo i w tyfusie brzusznym, jak w ogóle w licznych chorobach zakaźnych. Dawki $\frac{1}{2}$—$\frac{3}{4}$grm. obniżają ciepłotę o kilka stopni C. i to bez ubocznych wpływów, wyjąwszy mierne poty. Na przebieg choroby talin nie wpływa. (*Wiener med. Woch.* 1884, 48).

Nie jest naszém zadaniem podać szczegółowe opisy licznych innych sposobów leczenia duru brzusznego, które w przeważnéj części skonstruowane teoretycznie, okazały liczne niedostatki, szczególniéj zawiedziono się na środkach przeciwgnilnych, po których tyle się spodziewano, że wspomnę o resorcynie (według Lichtheima bez żadnéj korzyści) o kwasie karbolowym z kamforą (*Camphor 1*

[1]) Filehne: *Zeitschrift f. klin. Med.* VII, str. 631. — Guttmann: *Berl. klin. Woch.* 1884, Nr. 20. — Falkenhain: *Berl. klin. Woch.*, 1884, Nr. 24.— Cahn: *Berl. klin. Wochensch.*, 1884, Nr. 36. Erb: *Aerztl. Mittheil. aus Baden*, 1884, Nr. 14, str. 105. — von Norden: *Berl. kl. Woch.*, 1885, Nr. 32. — Penzold: *Berl. klin. Woch.*, 1884, Nr. 30. — Rank: *Deutsch. med. Woch.* 1884, Nr. 24. — Alexander: *Bresl. ärztl. Ztg.*, 1884, Nr. 11. — Tillmann-Guttmann: *Verhandlg. des Ver. f. innere Med.*, 1884. — Hoffer: *Wiener med. Woch.*, 1884, Nr. 47. — Demme: *Fortschritte d. Med.*, 1884, 20, 21. *Centralbl. f. Ther.*, I, 1885.— Geyer: *Deutsche med. Woch.*, 1884, 45.

Acid. carbol. 0·50, Aq. 170 Alcohol. 30) w postaci lawatyw polecanych przez Amata, o chloranie potasowym, o ergotynie itd. Że są przypadki, aczkolwiek rzadkie, w których powyżéj ogólnikowo skreślona antipyreza nie zdolna obniżyć ciepłoty, jest rzeczą znaną, któréj i najza gorzalsi zwolennicy téj metody nie zaprzeczają. W tych przypadkach naparstnica podana w proszku ($^3/_4$—1$^1/_2$ gm. na 36 godzin) z następowém podaniem chininu ma według Liebermeistra znakomicie skutkować. I weratryn w pigułkach 5 i 6 miligramowych 4 do 6 razy podany aż do zjawienia się nudności lub wymiotów, ma obniżać gorączkę.

Dla zaokrąglenia obrazu leczenia antipiretycznego wspominamy jeszcze raz, że indywidualizowanie odgrywa znaczną rolę, że skrupulatnie uwzględniamy wszelkie objawy, jakoto mózgowe, osłabionéj czynności serca, objawy ze strony przewodu pokarmowego, krwawienia, odleżyny itd., przeciw którym stosujemy odpowiednie leczenie, nie upatrując wcale ani w antipirezie, ani w chininie, ani w środkach pobudzających jakichś leków swoistych przeciw gorączce, a têm mniéj przeciw durowi. Śmiertelność po konsekwentnie przeprowadzonéj antipirezie jest też najmniejszą, 8·8% (Liebermeister), podczas gdy po leczeniu obojętném wypada 27·3%, po niedokładnie przeprowadzonéj antipirezie 16·2% śmiertelności (Liebermeister l. c. 232). Nie sąto liczby bezwzględne, ale w przybliżeniu przynajmniéj dają nicjakie pojęcie o skutkach leczniczych.

Niezbyt dawno pojawiła się w Przeglądzie Lekarskim praca Dra Jeleńskiego, omawiająca leczenie duru brzusznego jodkiem potasu. Jestto praca lekarza praktykującego w małém miasteczku, co têm bardziéj zasługuje na uznanie, o ile że oparta na najnowszych poglądach, na pozór słusznie porzuca w całości dotychczasową antipirezę, polecając z niekłamanym zapałem i świadomością o znakomitych zaletach antyseptycznych jodu, jako jedyny środek w durze brzusznym roczyn jodku potasu (*Kali jodati gm. 1, 2, 3 ad 230 Decoct. rad. Althaeae* lub *Seminum lini.*). Tenże sam autor już w r. 1882 (w warszawskiéj *Gazecie Lekarskiéj*), a w r. 1883 w *Berl. klin. Wochenschrift,* uważał się za uprawnionego, na podstawie własnych doświadczeń, zalecać usilnie terapiję jodową w durze brzusznym. Powyżéj wspomnieliśmy, kto pierwszy polecił jod w durze brzusznym, na teraz niech nam wolno będzie zająć się choć pokrótce pracą kolegi Jeleńskiego. Przypadków tym razem leczonych jodem jest 45, szczegółowo opisanych przypadków duru. Ani jeden przypadek nie zakończył się śmiercią. Autor przytacza nadto wyniki leczenia metodą jodową otrzymane przez Dra Trzeciaka, który na liczniejszym materyjale czynił doświadczenia. Ogółem wypada na 139 przypadków duru brzusznego 4 przypadki śmierci, czyli 2%. Przypatrzmyż się teraz saméj metodzie. Otóż we wszystkich 22 przypadkach stosuje autor obok jodku potasu jeszcze i zimne okłady, zimne zmywania i to prawie wszędzie przez kilkanaście pierwszych dni. Jedyny wyjątek stanowi przypadek 19ty, w którym wprawdzie przez pierwszych 6 dni polecono z przyczyny zapalenia płuc „okładać głowę i piersi zimno“, a 6go dnia z nastaniem wyraźnych objawów duru brzusznego zaprzestano okładów; dla czego, tego się nie dowiadujemy. Nadto w przypadku 9tym z przyczyny „tężcowego wyprężenia“ uznaje autor za odpowiednie polecić kąpiel na 28°C., okład zimny na głowę, wycieranie karku zimną wodą, a na drugi dzień to samo. Mimo uznania, jakie dla pracy autora żywimy, nie możemy się wstrzymać od uwagi, że zabiegi hydroterapeutyczne we wszystkich tych przypadkach obojętnemi nie były, a co zatém idzie, całe postępowanie lecznicze traci na ścisłości. Jeśli nadto uwzględnimy, że autor każdym razem pilnie zaleca, obok zmywań, zimnych okładów na głowę, czasem i zimnych okładów na brzuch, jak to jeden z niemieckich autorów czynił, jeszcze kwasy, posilną dyjetę, wino i to nader konsekwentnie, to każdy bezstronny przyzna, że o windykowaniu wyłącznie dla terapii jodowéj skutków pomyślnych mowy być nie może, że przeciwnie wcale na to dowodu nie ma, aby rozczyn jodku potasu pół-, jedno- lub półtoraprocentowy już na drugi dzień tak korzystnie mógł wpłynąć na bieg choroby, jak sądzi autor. Gdyby z powszechnie używanego leczenia przeciwgorączkowego nie był wypożyczył zabiegów hydroterapeutycznych, kwasów, nie używał wina, tylko wyłącznie swéj mięszanki jodowéj, gdyby zatém był tak postępował jak zwolennicy antipyrezy, wtedy byłaby nam daną możność rozróżnienia, co kłaść na karb pomyślnego działania jodu. Tak mamy przed sobą nie metodę jednolitą, lecz skombinowaną, którą właściwie tylko nieużywanie chininu i zastąpienie go jodkiem potasu wyróżnia od postępowania powszechnie dotąd używanego w przypadkach z mierném natężeniem. I na ten ostatni szczegół kładziemy nacisk. Wprawdzie możnaby przypuścić, że właśnie leczenie jodowe uczyniło tym razem przebieg choroby łagodniejszym, lecz dowodu na to nie ma, gdy znów z drugiéj strony opisane przypadki przebiegają zupełnie bez komplikacyi, bez uporczywego stanu gorączkowego u ludzi, po największéj części przedtém zdrowych, wśród warunków higijenicznych jeszcze znośnych. Gdyby autor przytoczył był statystykę przypadków, w tymże samym czasie i miejscu leczonych ściśle antipyrezą, lub gdyby to był uczynił Dr. Trzeciak, o co wreszcie może nie tak bardzo trudno, toby przynajmniéj uchylonêm być mogło przypuszczenie nasze, że charakter wszystkich przypadków był łagodny. Z téj też przyczyny wnioski, do jakich autor dochodzi, są wprawdzie zgodne z prawdą, o ile odnoszą się do przebiegu, śmiertelności, lecz pod tym względem, jakoby ten korzystny wynik zawdzięczyć należało terapii jodowéj, idzie autor, naszém zdaniem, może za daleko. Ztąd też sam autor widocznie nie mając dostatecznéj rękojmi w historyjach chorób, stara się na drodze rozumowań i dat zebranych z literatury udowodnić, że premisa czyli punkt wyjścia dla obecnéj antipyrezy, t. j. że gorączka z wysoką ciepłotą jest główną przyczyną niebezpiecznych objawów wzgl. zejścia śmiertelnego, że więc „wynajdowanie środków mogących obniżyć wygórowaną ciepłotę potrafi jedynie zabezpieczyć życie chorych“, że ta premisa nie zgadza się z prawdą, powtóre usiłuje autor wykazać, również na podstawie szczegółowych dat z literatury, że antipyreza w durze brzusznym wogóle ma małą wartość i jak nieraz wprost szkodliwym ma być wpływ téjże.

Na udowodnienie swego twierdzenia przytacza autor Senatora, Gerhardta, Korczyńskiego, Fraentzla, jakkolwiek przecież żadną miarą ani jeden z tych klinicystów wygórowanéj ciepłoty nie lekceważy i wcale nie przeczy jéj wpływu na przebieg i ostateczne zejście duru brzusznego. A oburzenie Wernicha na twierdzenie, że sama wysoka ciepłota sprowadzić może zejście niefortunne, pomimo że jest wcale słuszném przecież nie popiera jeszcze zdania autora o zupełnie podrzędném znaczeniu gorączki. Wernich, a z nim z pewnością każdy lekarz trzeźwo się zapatrujący na tę sprawę, występuje tylko przeciw jednostronności, przeciw wyłącznemu uznawaniu gorączki jako decydującéj pod każdym względem o jakości zejścia duru. Tak

też trzeba rozumieć zdanie Griesingera przed laty wypowiedziane, a które autor zbyt jednostronnie pojmuje. Następnie odwołuje się do Senatora, w części do Strümpla, Aufrechta i Rosenthala w Warszawie, według których rozpad tkanin czyli ściśléj zwyrodnienie miąższowe ostre a gorączka do pewnego stopnia są od siebie niezależne i że wysoka ciepłota nie jest momentem, od którego pochodzą wszystkie złe następstwa w durze... *ergo* antipyreza nie jest tu niczém usprawiedliwioną. *Posito sed non concesso*, to jest że twierdzenia tych autorów literalnie zawsze się sprawdzają, to z „niezależności do pewnego stopnia“ — nie z „całkowitéj niezależności“ zwyrodnień miąższowych od wysokiéj ciepłoty — wcale jeszcze nie wynika mylność antipyrezy. Ta właśnie częściowa nawet zależność zwyrodnień od wysokiéj ciepłoty, któréj zabójczych wpływów doświadczamy codziennie, ona sama wystarczyłaby, jak sądzę, do usprawiedliwienia antipyrezy, zwłaszcza że innego punktu zaczepnego dla naszéj terapii duru, pomimo lasecznikόw, nie mamy, a powtóre i twierdzenia owych autorów potrzebują jeszcze dokładniejszego stwierdzenia. Te oto poglądy znalazły też dzielnego rzecznika na międzynarodowym Zjeździe lek. w Kopenhadze w r. z. Otóż co do znaczenia gorączki uznaje Liebermeister (*Ref. v. VIII, internat. med. Congress zu Kopenhagen. Deutsch. med. Woch.*, 1884, Nr. 37) w swéj pierwszéj tezie: W licznych chorobach gorączkowych zagraża choremu podniesienie się temperatury. . . . Prócz tego istnieją jeszcze i inne niebezpieczeństwa . . . a są i choroby, w których zakażenie ustroju i bez współdziałania gorączki chorego zabija, to znaczy, że chorzy mogą umrzeć przy wzgl. niskich ciepłotach (*meningitis*), lecz to wcale nie zmienia faktu, że wielka ilość chorych z durem brzusznym, z durem wysypkowym i z wielu innemi chorobami ginie skutkiem podwyższonéj ciepłoty i jéj następstw. W drugiéj tezie zaznacza między innemi, że bezmyślne zwalczanie każdego wzniesienia się ciepłoty jest bez wartości. Niebezpieczeństwo stanu gorączkowego zależy obok bezwzględnéj wysokości ciepłoty także i od trwania téjże i to tak już przebytéj, jak niemniéj gorączki spodziewanéj, a wreszcie od własności osobniczych chorego, jego siły odpornéj i narządów poszczególnych. Na te osobnicze własności i ich wpływ niekorzystny na przebieg duru brzusznego zwraca szczególniéj prof. Korczyński uwagę (W pracy o wpływie blednicy na dur brzuszny). Mojém zdaniem i dziś jeszcze musimy gorączkę z jéj następstwami uważać jako jeden z pierwszorzędnych objawów niebezpiecznych dla chorego i do tego stosować nasze zabiegi lecznicze. Nie przeczę, że w ostatnich zwłaszcza latach poczyna się pojawiać między klinicystami pewna acz nieznaczna reakcyja; nie doszło wszelako żadną miarą jeszcze do tego, abyśmy gorączki zupełnie lekceważyli! Zbyt daleko jeszcze do tego, abyśmy gorączce przyznawali „objaw zbawienny“ *more antiquo*. Chętnie przyznajemy, że każda choroba zakaźna posiada dość znaczny odsetek przypadków wyzdrowienia samoistnego bez najmniejszego leczenia; właśnie w durze brzusznym procent ten bez wszelkiéj terapii wynosi 75%—80%! Wiemy daléj dziś i to, że *immunitas* ustroju przed powtórném zakażeniem, a mająca swą przyczynę w takiéj radykalnéj przemianie organizmu, że tenże jałowieje dla przyszłych „posiewów lasecznikowych“, że ta immunitas prawdopodobnie jest dziełem gorączki — za têm zdają się przemawiać doświadczenia Toussainta i Pasteura o wpływie podwyższonéj ciepłoty na laseczniki. Wiemy również, że choroby zakaźne bezgorączkowe nigdy same bez leczenia nie przechodzą w ozdrowienie, że nawet i w tych chorobach gorączkowych zakaźnych, pociągających za sobą późniejszą immunitas ustroju, gdzie czasem przez cały przebieg choroby istnieje względnie niski stopień gorączki, zawsze jednak istnieć musi podwyższenie normalnéj ciepłoty. Sąto wszystko fakty, które nam nakazują być w naszych zabiegach leczniczych ostrożniejszymi, nie zwalczać gorączki koniecznie, jak to zbyt niedawno jeszcze czyniono, lecz należytą zachować miarę. Miarę tę wskazuje nam z jednéj strony przeświadczenie, że obniżenie gorączki nie jest równoznaczne z polepszeniem względnie wyzdrowieniem chorego, z drugiéj strony nasze głębokie przekonanie o znakomicie korzystnym wpływie antipyrezy (wzgl. hydroterapii) racyjonalnéj, indywidualizowanéj, na zejście choroby. A kto wie, czy nawet naszemi zabiegami wodoleczniczemi w durze brzusznym nie sprowadzamy warunków korzystniejszych dla owego przypuszczalnego choć nader prawdopodobnego przeistoczenia ustroju, nie ułatwiamy owéj immunitas ułatwiając przemianę i przyswajanie pierwocinom tkaninowym? Pomimo dość znacznego przeobrażenia pojęć o znaczeniu gorączki, jeszcze i dziś głębokie zmiany anatomiczne i znaczne upośledzenie czynności ośrodków nerwowych i serca w przeważnéj części odnosimy do wygórowanéj ciepłoty, różnica tylko, że dziś oględniéj i ostrożniéj ją zwalczamy. Krytyczny skalpel autora zwraca się następnie do wykazania ujemnych stron chininu, kwasu salicylowego i hydroterapii w zastosowaniu do leczenia duru. Naszém zdaniem trudzi się autor niepotrzebnie, gdyż przekonawszy się w ogóle, że antipyreza nie ma racyi w durze brzusznym, *eo ipso*, choćby nawet każdy z tych środków przeciwgorączkowych sam przez się był lekiem idealnie doskonałym, nie zda się on nam na nic w leczeniu duru, który czém inném ma być leczonym! (Dok. n.)

III. Z pracowni chemii lekarskiéj prof. Dra Stopczańskiego i z oddziału chorób wewnętrznych prof. Dra Pareńskiego.

Doświadczenia nad antipyrynem, jako środkiem przeciwgorączkowym z uwzględnieniem jego wpływu na przemianę materyi.

Podał Dr. Józef Wiczkowski,
asystent zakładu chemii lekarskiéj.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

VII przypadek. *Phthisis florida*. Kołodziej, 26 lat mający, zgłosił się do szpitala 6 stycznia 1885 r. skarżąc się, iż od kilku miesięcy dręczy go kaszel, duszność i w nocy obfite poty. Od czasu do czasu miewa krwioplucie. Badając chorego 7 stycznia wykazano: Budowa dobra, odżywienie liche, skóra kredowato-biała, czoło obfitym potem okryte. Język obłożony, podsychający. Chrypka od dłuższego czasu trwająca. Po prawéj stronie w szczycie klatki piersiowéj z przodu i z tyłu odgłos wypukowy stłumiony, tamże liczne, drobne rzężenia dźwięczne, niżéj przy odgłosie wypukowym jawnym liczne rzężenia wilgotne. Po lewéj stronie odgłos wypukowy jawny, w szczycie słyszalne rzężenia średniobańkowe, niedźwięczne. Obok przyspieszonego tętna żadnych zboczeń nie ma w narządzie krążenia. Częste zaparcie stolca, apetyt dość dobry, rozmiary wątroby i śledziony powiększone. W przypadku tym nie podajemy szczegółowo pojedynczych objawów chorobowych z dnia na dzień, gdyż nie chodziło o wykazanie zmian fizycznych w narządach, lecz jedynie o wpływ antipyrynu na odnowę i na ciepłotę, poprzestajemy przeto

na ogólnéj wzmiance o stanie chorego przez czas obserwacyi podając w końcu przebieg ciepłoty i ilość wydzielającego się mocznika i azotu. Chory pozostawał przez 9 dni w ścisłéj obserwacyi przy dyjecie ciągle jednakiéj: zupa trzy razy dziennie, obok tego na obiad potrawka i śliwki i 2 bułki na dzień; za napój służył mu *linctus gummosus* w ilości do 100sz.cm. i jeden litr wody studziennéj. Przez ten czas stan jego był następujący: Odżywienie coraz więcéj podupadało, z powodu, iż sprawa chorobowa w płucach coraz daléj się posuwała. W nocy zwłaszcza poty obfite, dreszczyki pod wieczór, kaszel silny, męczący z plwocinami śluzowo-ropnemi. Chrypka coraz się zwiększała. Pod koniec obserwacyi wystąpiło rozwolnienie, dla którego przerwano dalszy ciąg doświadczeń. Po podawaniu antipyrynu chory doznawał bezsprzecznie ulgi i to o tyle, iż apetyt się poprawiał, kaszel bywał mniejszy; natomiast dręczyły go częściejsze i obfitsze poty, bo do potów właściwych z powodu samego cierpienia przyłączyły się poty wywołane przez obniżenie gorączki antipyrynem.

9 stycznia.

Godzina 11r., 1p., 3, 5, 7, 9.
Ciepłota 38·5, 38·8, 40·4, 40·7, 41·0, 40·4,
Tętno 112, 104.

M o c z w ilości 1.100sz.cm. na dobę, zmącony od moczanów, barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddz. kwaś., cięż. gat. 1·034, b i a ł k a 0·006 % (ślad wybitny), c h l o r k i w ilości prawidłowéj.
Ilość m o c z n i k a % 3·339gr. = 1·569gr. N
„ „ na dobę 36·729gr. = 17·259gr. N
Ilość a z o t u otrzymanego przez spalenie = 2·01 %
„ „ „ „ „ = 22·11gr. na dobę.

10 stycznia.

Godz. 7r., 9, 11, 12, 1p., 3, 4, 5, 6, 7, 9.
Ciepł. 39·5, 39·1, 40, — 39·0, 38·1, 38·2, 38·7, 39·0, 38·6, 38·7.
Tętno 96.
Antipyryn 2gr., 1gr.

11 stycznia.

Godz. 7r., 8, 10, 11, 12, 1p., 2, 3, 4, 5, 6, 7.
Ciepł. 38·8, 38·3, 38·5, 38, 38·2, 38, 37·2, 37·4, 37·5, 37·8, 37·5, 38.
Tętno 100.
Antipyryn 1gr., 1gr.,

M o c z w ilości 250sz.cm. barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddz. kwaś., cięż. gat. 1·038, b i a ł k a ślad 0·006 % (ślad wybitny), c h l o r k i w ilości słabo zmniejszonéj.
Ilość m o c z n i k a % 3·975 = 1·869. N
„ „ na dobę 9·938 = 3·92 N.
Ilość azotu otrzymanego przez spalenie = 2·369 %
„ „ „ „ „ = 5·923 na dobę,

12 stycznia.

Godzina 7r., 8, 11, 12.
Ciepłota 39·5, 39·0, 38·6, 39·2.
Tętno 120.
Godzina 1p., 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.
Ciepłota 39·0, 39.2, 39·0, 39·5, 39·5, 38·8, 38·6, 38·7, 38.
Tętno 116.
Antipyryn 1gr., 1gr., 1gr.

M o c z w ilości 500sz.cm. na dobę, barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddz. kwaś., cięż. gat. 1·035, b i a ł k a 0·008 % (nader mała ilość), c h l o r k i w ilości słabo zmniejszonéj.
Ilość m o c z n i k a % 4·069, na dobę 20·469.

13 stycznia.

Godzina 7r., 8, 9, 10, 11, 12.
Ciepłota 39, 38·9, 37·1, 37·0, 36·9.
Tętno 100.
Godzina 2p., 3, 4, 5, 6, 7, 8.
Ciepłota 36·8, 36·8, 37·0, 37·5, 38·0, 37·9, 38·1.
Antipyryn 1gr., 1gr.

14 stycznia.

Godzina 7r., 8, 10, 11, 12.
Ciepłota 38·8, 38·7, 38·7, 38·6, 39·4.
Tętno 112.
Godzina 1p., 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
Ciepłota 39·4, 39·0, 39·2, 39·3, 39·1, 39, 38·5, 37·9.
Tętno 108.
Antipyryn 1gr., 1gr., 1gr.

M o c z w ilości 200sz.cm. zmącony od moczanów barwy ciemno-brunatnéj, oddz. kwaś., cięż. gat. 1·046, b i a ł k a 0·004 % (ślad zaledwie spostrzegalny), chlorki w ilości dość silnie zmniejszonéj.
Ilość m o c z n i k a % 4·313gr., na dobę 8·626gr.

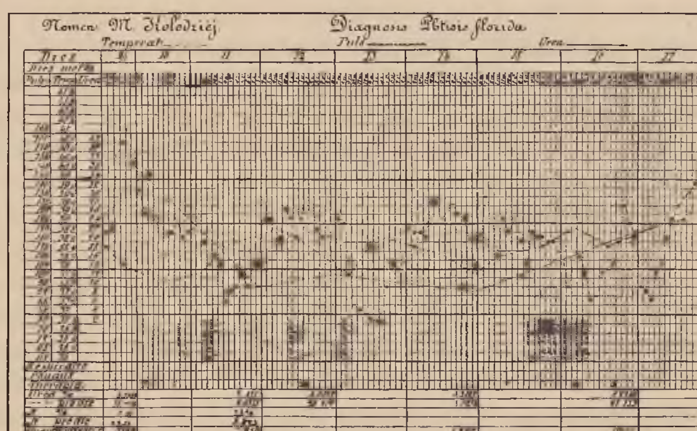
15 stycznia.

Godzina 7r., 8, 10, 11, 12.
Ciepłota 39·5, 39·0, 38·2, 39·0, 38.5.
Tętno 108.
Godzina 1p., 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.
Ciepłota 39·0, 38·5, 38·0, 38·5, 38·6, 38·6, 38·5, 38·5, 38·3.
Tętno 112.
Antipyryn 1gr., 1gr., 1gr., 1gr., 1gr., 1gr., 1gr.

16 stycznia.

Godzina 6r., 7, 10, 11, 12.
Ciepłota 38·0, 37·5, 38·3, 38·2, 37·8.
Tętno 120.
Antipyryn 1gr., 1gr., 1gr., 1gr., 1gr.
Godzina 1p., 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
Ciepłota 37·2, 37·3, 37·8, 37·9, 38·0, 38·5, 39·3, 38·9.
Tętno 112.

M o c z w ilości 500sz.cm. barwy ciemno-brunatnéj, oddz. kwaś., cięż. gat. 1·049, b i a ł k a 0·004 % (ślad zaledwie spostrzegalny), c h l o r k i w ilości zmniejszonéj.
Ilość m o c z n i k a % 4·227gr., na dobę 21·133gr.



VIII. Przypadek. *Pleuropneumonia dextra.* Hebda, lat 37, wyrobnik zgłosił się do szpitala 27 listopada 1884, podając, iż przed dwoma dniami miał jednorazowy, silny napad dreszczów, poczém wystąpiła gorączka, ból głowy i kłócie po stronie prawéj klatki piersiowéj. Badanie tegoż dnia przedsięwzięte wykazało: Indywiduum dobrze zbudowane i odżywione. Bujność twarzy, język obłożony. W narządzie oddechowym po prawéj stronie w linii pachowéj w dole, jakotéż z tyłu od połowy łopatki ku dołowi odgłos wypukowy przytłumiono-bębenkowy. Tamże wdech i wydech oskrzelowy. Plwociny rdzawe. Inne narządy

nie przedstawiają żadnych zboczeń. Stolec prawidłowy. Ciepłota do 40° dochodząca, tętno 102.

Dyjeta przez cały czas obserwacyi: na rano, południe i wieczór mleko i jedna bułka dziennie. Za napój służył mu: kwasek w ilości 500 sz. cm. (5:500), *linctus* do 100 sz. cm. *decoct. radd. althaeae et radd. liquir.* w ilości 500 sz. cm. i litr wody studziennéj (pragnienie było silne).

28 listopada (III dzień choroby).

Godzina 10r., 11, 12,
Ciepłota 38·9, 39, 39·6,
Tętno 96,
Oddech 30,
Godzina 1p., 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10,
Ciepłota 39·9, 39·8, 39·8, 39·3, 39·1, 39·6, 39·5, 39·8, 40,
Tętno 94,
Oddech 30,

Kłócie w boku prawym utrzymuje się, oddech krótki, mozolny. Naciek posunął się z tyłu ku górze aż do grzebienia łopatki. Wdech i wydech w miejscu stłumienia oskrzelowy. Tętno dość słabe, brak stolca.

M o c z w ilości 980 sz. cm. na dobę, zmącony od moczanów, barwy nasycono winowo-żółtéj, oddziaływa kwaśno, ciężar gat. 1·025, b i a ł k a 0·008% (nader mała ilość), c h l o r k i w ilości dość silnie zmniejszonéj.
Ilość m o c z n i k a % 2·813 gr., na dobę 27·56 gr.

29 listopada (IV dzień choroby).

Godzina 6r., 9, 10, 11, 12,
Ciepłota 40·3, 40·3, 39·8, 39, 38·7,
Tętno 96,
Oddech 27,
Antipyryn 2gr. 2gr. 1gr.
Godzina 1p., 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,
Ciepłota 36·7, 37·0, 37·9, 38·6, 38,2, 37·8, 37·5, 37·8, 37·6, 37·5,
Tętno 96, 92,
Oddech 30,

Skóra żółtaczkowo zabarwiona, bujność twarzy mniejsza, język obłożony. Ból głowy, kłócie po prawéj stronie klatki piersiowéj utrzymuje się. Z przodu po stronie prawéj od góry do 4go żebra odgłos wypukowy stłumiony, z tyłu stłumienie prawie na całéj przestrzeni. Z przodu szmer oddechowy nieznaczny, rzężeń nie ma żadnych; z tyłu wdech i wydech oskrzelowy, wydechowi towarzyszą drobne rzężenia u samego dołu obfite. Plwociny rdzawe.

M o c z w ilości 1,430 sz. cm. zmącony od moczanów, barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddziaływa kwaśno, b i a ł k a 0·009% (nader mała ilość), c h l o r k i w ilości dość silnie zmniejszonéj.
Ilość m o c z n i k a % 2·8299 gr., na dobę 40·4676 gr.

30 listopada (V dzień choroby).

Godzina 6r., 7, 9, 10, 11, 12,
Ciepłota 37·3, 37·1, 37·7, 37·9, 38, 37·6,
Tętno 92,
Oddech 36,
Antipyryn 2gr.
Godzina 1p., 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,
Ciepłota 37·5, 37·3, 37·6, 37·6, 38, 38·2, 37·6, 37·7, 37·8,
Tętno 100,
Oddech 40,
Antipyryn 2gr.

Tętno słabe, duszność znaczna, z tego powodu postawiono choremu 12 baniek siekanych na bok prawy.— Z przodu klatki piersiowéj stan niezmieniony; z tyłu u dołu odgłos wypukowy poczyna jawnieć, tamże liczne rzężenia średniobańkowe.

M o c z w ilości 1,420 sz. cm. zmącony od moczanów, barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddział. kwaś., ciężar gat. 1·028, b i a ł k a 0·006% (ślad wybitny), c h l o r k i w ilości silnie zmniejszonéj.
Ilość m o c z n i k a % 3·67 gr., na dobę 52·490 gr.

1 grudnia (VI dzień choroby).

Godzina 6r., 7, 8, 9, 10, 11, 12,
Ciepłota 37·5, 38·6, 38·5, 37·6, 38·8, 38·7, 38·6,
Tętno 104,
Oddech 36,
Antipyryn 2gr. 2gr.
Godzina 1p., 2, 3, 5, 6,
Ciepłota 38, 37·6, 37·4, 38, 38·2,
Tętno 100,
Oddech. 40,

Skóra spocona, kłócie mniejsze. Stłumienie z przodu utrzymuje się, z tyłu odgłos wypukowy wyjawniał. Z przodu szmer oddechowy oskrzelowy, z tyłu liczne rzężenia. Kaszel mniéj dokuczliwy, plwociny mniéj rdzawe.

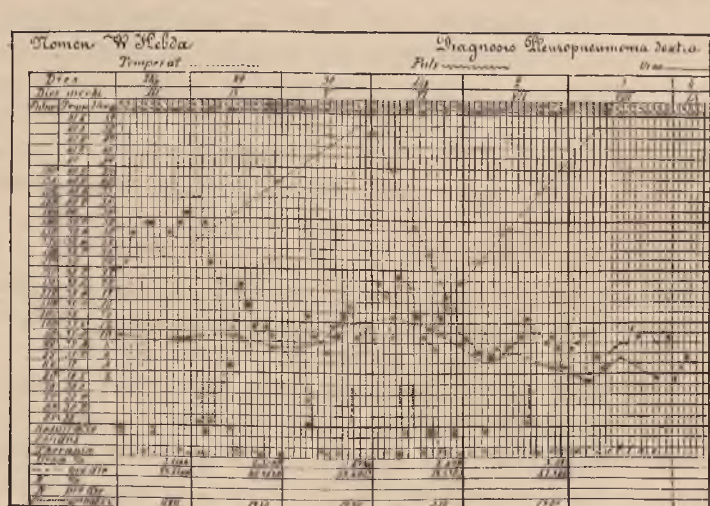
M o c z w ilości 530 sz. cm. barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddziaływa kwaśno, ciężar gat. 1·028, b i a ł k a 0·004% (ślad zaledwie spostrzegalny), c h l o r k i w ilości dość silnie zmniejszonéj.
Ilość m o c z n i k a % 3·498 gr. na dobę 18·5393 gr.

2 grudnia (VII dzień choroby).

W ciągu tego dnia raz tylko ciepłota podniosła się do 38°, po podaniu 2 gr. antipyrynu utrzymywała się znowu w granicach ciepłoty prawidłowéj. Tętno między 86—100. I z przodu odgłos wypukowy wyjawniał. W linii pachowéj prawéj i z tyłu w dole bardzo liczne drobne rzężenia. Kaszel dość znaczny, plwociny mniéj lepkie i mniéj rdzawe. Chory swobodniejszy.

M o c z w ilości 1,700 sz. cm., barwy nasycono winowo-żółtéj, oddział. kwaś., ciężar gat. 1·025, b i a ł k a 0·004% (ślad zaledwie spostrzegalny), c h l o r k i w ilości słabo zmniejszonéj.
Ilość m o c z n i k a % 3·02 gr. na dobę 51·346 gr.

Odtąd naciek zapalny w płucach ciągle się rozdzielał, chory szybko wracał do stanu prawidłowego, 9 grudnia opuścił szpital zupełnie zdrów.



(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Julijan S c h r a m m, docent Uniwersytetu lwowskiego: **Podręcznik do analizy chemicznéj jakościowéj.** Lwów, nakładem Tow. aptekarskiego, 1885, str. XII, 263, fig. 6, tabl. 1.

Brak podręcznika do chemii rozbiorowéj, uwzględnia-

jącego najnowsze postępy téj umiejętności, dotkliwie daje się uczuwać w literaturze polskiéj. Z wielką radością witamy téż dzieło Dra Schramma, które wypełnia brak ten w znacznéj części i słusznie zasługuje na to, aby wyrugowało z rąk chemików początkujących dotąd używane podręczniki w językach obcych.

Układ dzieła jest oparty na podstawie własności chemicznych ciał. Autor przechodzi kolejno zachowanie się pojedynczych zasad i kwasów względem odczynników, następnie podaje sposób systematycznego badania ciał złożonych. Pierwiastki, rzadziéj się znajdujące, znalazły także pomieszczenie. W końcu dzieła podaje autor własności chemiczne alkaloidów częściéj spotykanych i opisuje metody chemiczne, służące do ich wykrycia. W dziale tym zarzucilibyśmy autorowi, że za krótko przedstawił wszystkie metody, a w szczególnosci metodę Stasa. Szersze uwzględnienie tych metod byłoby bardzo pożądaném dla chemików sądowych i lekarzy powiatowych. W dziale, obejmującym przebieg rozbioru w celu wykrycia trucizn w dochodzeniach sądowo-chemicznych, zestawił autor w krótkości wszystko, co potrzebuje wiedzieć początkujący chemik sądowo-lekarski. Dodatek obejmuje spis odczynników, potrzebnych do rozbiorów jakościowych.

Wykład autora jest zwięzły a przytém jasny i zrozumiały. Styl gładki i potoczysty. Wszędzie podane wzory chemiczne ułatwiają bardzo zrozumienie działania odczynników. Szkoda tylko, że autor w niektórych miejscach nie trzyma się słownictwa dotąd najwięcéj u nas rozpowszechnionego, a którego używa także i Akademija Umiejętności. Wprowadzanie nowych nazw związków chemicznych daje tylko powód do coraz większego zamięszania. Czasby już był, aby tak szkoła warszawska, jak krakowska i nowopowstająca lwowska przyjęły już raz jednolite słownictwo. Zachowywanie odrębności nie dość że utrudnia często zrozumienie przedmiotu czytelnikowi, obeznanemu dotąd tylko z inną, miejscową nomenklaturą, ale prócz tego zniechęca go do kupowania dzieł w języku ojczystym, a przynajmniéj do ich czytania.

Gorąco polecamy dzieło Dra S. uczniom medycyny i lekarzom, przygotowującym się do egzaminu fizykackiego.

Towarzystwo aptekarskie lwowskie oddało literaturze naszéj prawdziwą przysługę, biorąc na siebie nakład podręcznika w mowie będącego. Część typograficzna nie pozostawia nic do życzenia. Papier dobry, druk duży i wyrazisty, drzeworyty starannie wykonane podnoszą wartość dzieła.

Dr. Kopff.

Sprawozdanie z drugiéj seryi posiedzeń w sprawie cholery odbytych w Państwowym Urzędzie Zdrowia w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

W dalszym ciągu swego przedstawienia Koch wspomina o oporności i wytrzymałości prątków cholerycznych. Ostatniemi czasy czynili nad tém doświadczenia Nicati i Rietsch oraz Babes, Koch także badał, jak długo utrzymują się prątki w wodzie studziennéj, rzecznéj, kanałowéj, odchodach a doświadczenia jego wykazały, że w wodzie studziennéj utrzymują się prątki przez 30 dni, w cieczy kanałów berlińskich przez 6—7 dni, w kale tylko 27 godzin. Robiono daléj próby co do czasu utrzymywania się prątków w stanie wilgotnym na ubraniach np. płótnie, suknie itd. O ile z dotychczasowych badań wnosić można, prątki nie dlugo się w tych okolicznościach utrzymują, giną już po 3—4 dniach.

Już w ciągu pierwszéj seryi posiedzeń zwrócił Koch uwagę na szybkie obumieranie prątków cholerycznych w stanie suchym i na praktyczną tego doniosłość. Gdy obecnie, mimo początkowych wątpliwości, badacze coraz więcéj potwierdzają te podania, Koch zaleca jak najrozleglejsze ich zużytkowanie śród pokonywania cholery. Wspomina téż Koch o wyniku prób z kwasem karbolowym. Prątki choleryczne w 0·5% rozczynie kwasu karbolowego, już po paru minutach giną. Także siarkan żelazawy, miedziowy i inne sole metaliczne są skutecznemi, ale nie tak pewnemi, bo część ich przez składniki rozczynów odżywczych zostaje osadzoną, toż samo więc będzie mieć miejsce przy odwietrzaniu odchodów cholerycznych, a zatém kwas karbolowy zasługuje na pierwszeństwo.

W końcu nadmienia jeszcze Koch o wpływie jadu cholerycznego na ludzi. Posiadamy liczne spostrzeżenia co do zarażenia się ludzi mających do czynienia z bielizną chorych na cholerę, ostatnia epidemija we Francyi i Włoszech dostarczyła ich wiele, możliwém więc było, że zarażenie wydarzyć się téż może w czasie badań nad jadem cholerycznym. Mimo że w czasie tych badań zastósowano wszelkie ostrożności, zdarzył się jeden przypadek na szczęście bez złych skutków. Niektórzy badacze robili téż na sobie samych doświadczenia i tak Bochefontaine w Paryżu używał w pigułkach odchodów cholerycznych, Klein zaś miał pić ciecz zawierającą prątki choleryczne, ani jeden ani drugi nie zachorował, to jednak, pomijając już że nie mamy dowodu, iż ciecze te zawierały istotnie prątki choleryczne, nie dowodzi niczego, bo bardzo prawdopodobnie zdrowy żołądek ludzki w czasie trawienia zabija prątki. Ale choćby nawet zapadli byli, to doświadczenia te nie byłyby niczego dowodziły, gdyż podejmowano je w miejscowościach, gdzie i inną drogą zarażenie nastać mogło. W takich miejscowościach tylko zbiorowe zapadnięcie większéj liczby ludzi, przyczém wykluczonym zostaje przypadek zarażenia się w inny sposób, może mieć znaczenie. Przykład takiego mamy w przypadku przez Macnamarę opisanym: przypadkowo dostały się odchody choleryczne do wody, która przez cały dzień wystawioną była na wpływ promieni słonecznych, 19 osób piło tę wodę a 5 z nich zapadło w ciągu 36 godzin na cholerę. W tym czasie nie panowała w téj okolicy cholera.

Wspomniany przypadek zapadnięcia, który się wydarzył w czasie badań nad cholerą, dotyczył tylko jednéj osoby, ma jednak doniosłe znaczenie, ponieważ wydarzył się na miejscu i w czasie takim, że można zarażenie wszelką inną drogą wykluczyć prócz stykania się z prątkami cholerycznemi przy ich badaniu i ponieważ jestto dotychczas jedyny przypadek, w którym w obrębie Niemiec wykazano w odchodach zapadłego na cholerynę rzeczywiste prątki choleryczne.

Lekarz, który zapadł w ten sposób, bawił już od 5 dni w Berlinie, gdy pojawiły się u niego lekkie zboczenia trawienia połączone z rozwolnieniem. Stolce były rzadkie, kilka razy dziennie, tak że stan ten go nie zatrważał, aż gdy ostatniego dnia pojawiły się stolce częstsze, wodniste. Powrócił mimo to do domu, gdzie dostał napadu istotnéj choleryny. Dwa dni miał częste, wodniste, bezbarwne wypróżnienia, poczém nastało wielkie osłabienie, niedające się ugasić pragnienie, obok skąpego oddawania moczu. Właściwych kurczów w łydkach nie było, ale uczucie nieprzyjemne w podeszwach i kurcz palców u nóg. W nadesłanych do Berlina wypróżnieniach znaleziono dnia następnego liczne prawdziwe prątki choleryczne. Chory ten powoli powrócił do zdrowia, wybitne jednak osłabienie długi czas trwało. Z przypadku tego badacze powinni wyciągnąć naukę, iż przy badaniach ostrożność jest wskazaną.

Dotychczas nie wykryto postaci trwałéj prątków cholerycznych, mimo usiłowań nie udało się to także Kochowi, to zaś co Cecci uważał za postać trwałą, okazało się tylko formą inwolucyjną. Klein widzieć miał dzielenie się podłużne a według Ferrana prątki choleryczne mają należeć do postaci rozwojowych grzybków pleśniowych, Peronospora. I te podania jednak zalicza Koch do mylnego tłumaczenia postaci przeobrażenia wstecznego prątków cholerycznych.

Chociaż jednak nie udało się wykryć postaci trwałéj prątka cholerycznego i postać taka nawet nie zdaje się istnieć, to przecież posiadamy spostrzeżenia, które wytłumaczyć nam zdołają czasowy zastój w epidemii cholery, trwający czasem parę miesięcy a nawet całą porę zimy. Prątki choleryczne mogą bowiem, zupełnie przeciwnie do ich oporności na suchość, w pewnych okolicznościach bardzo długo w stanie wilgotnym utrzymać się przy życiu. Nicati i Rietsch stwierdzili, że w wodzie portu w Marsylii prątki choleryczne utrzymały się przez 81 dni. W hodowlach na agar-agarze udało się Kochowi jeszcze po 144 dniach znaleźć prątki cholery, zdolne do rozwoju, a dopiero po 175 dniach okazały się hodowle jako obumarłe.

Ztąd wnosić można, że w powierzchownych warstwach ziemi, w bagnach itd. prątki choleryczne znaleźć mogą stosunki, w których równie jak na wilgotnéj galarecie agarowéj, a nawet lepiéj, przez 5 miesięcy, a nawet i dłużéj, nie obumierają.

W rozprawach, które po têm przedstawieniu nastąpiły, żądano od Kocha niektórych wyjaśnień i tak Virchow, ponieważ Koch wspominał, że także wyskok usposabia równie jak opium do zarażenia, zapytuje, jak go stósowano. Koch odpowiada, że tak samo jak i opium, wstrzykując do jamy brzusznéj, ale skutek po nim nie nastawał tak pewnie jak po opium. Eulenburg uczynił zaś pytanie, czy przy doświadczeniach na zwierzętach wypróżniano żołądek. Koch odpowiada, że u świnek morskich trudno jest żołądek całkowicie wypróżnić. Robiono próby, które nie zawsze się udawały, po wprowadzeniu do żołądka po 2 dniach głodu prątków cholerycznych bez nastoju makowcowego i bez roztworu sodowego nastaje zatrucie a nie zakażenie, bo wchłanianie zdaje się bardzo rychło nastawać.

Następnie zabrał głos Pettenkofer wyrażając żal, że musi w obec Kocha opozycyjne zająć stanowisko. Z dotychczasowych podań tego ostatniego wynika, że prątki przecinkowe znajdują się bardzo stale w jelitach w czasie napadów cholery a że (z wyjątkiem wspomnianego stawu w Kalkucie) dotąd napróżno szukano ich w innych okolicznościach; w powietrzu, w wodzie i w ludzkim ustroju znajdowano wprawdzie różne przecinkowe drobnotwory, ale badanie nie wykazało ich tożsamości z Kochowskiemi prątkami.

Odkryte przez Kocha a przez wielu badaczy stwierdzone stałe znajdowanie się prątków jest wielkiém wzbogaceniem naszéj patologicznéj wiedzy o cholerze, ale jeszcze nie wystarcza do udowodnienia przyczynowego znaczenia prątków przecinkowych dla cholery. Można bowiem wnosić, że te prątki są przeobrażeniem w prawidłowym przewodzie pokarmowym zawartych prątków krętych i mętwików, które tylko w skutek procesu cholerycznego znajdują warunki korzystne dla swego istnienia i rozwoju.

Sam Koch twierdzi, że o patologicznêm znaczeniu prątków jedynie doświadczenie na zwierzętach rozstrzygać może, te jednak w tym razie nie są stanowczemi, nawet obecnie skreślone, bo opisane objawy dadzą się otrzymać także przy użyciu innych grzybków w cholerze znalezionych i tak prątki Emmericha zastrzyknięte podskórnie małpie wywołały zmiany patologiczne w kiszkach, analogiczne do zmian odpowiednich w cholerze u ludzi. Sposób, w jaki Koch zaraża prątkami przecinkowemi świnki morskie, nie dozwala nic wnosić o drodze, którą ludzie cholery nabywają.

Szereg ważnych względów przemawia przeciw związkowi przyczynowemu między cholerą a prątkami przecinkowemi. Objawy ich życia jedynie naciągając je dają się pogodzić z warunkami, jakich wymagają spostrzeżenia epidemijologiczne od jadu cholerycznego. Prątki przecinkowe nie mają postaci trwałych, nie stawiają oporu nawet słabym chemicznym szkodliwościom, np. kwasowi żołądkowemu, giną rychło po wyschnięciu, gdy cholera w swéj ojczyźnie w Bengalu dolnym właśnie najsilniéj występuje w porze najgorętszéj, bezdeszczowéj, a w równie ciepłéj porze deszczowéj najsłabiéj. Prątki gnilne, znajdujące się wszędzie a więc i w ludzkich jelitach, są według własnych podań Kocha najgorszymi nieprzyjaciółmi prątków przecinkowych, tak że ostatnie pierwszym w walce o byt ulegają. Pettenkofer nie może więc wyobrazić sobie, jak drobnotwory o takich własnościach jedynie w pewnych miejscach i w pewnym czasie zdołałyby epidemije wywoływać a nagabywać właśnie najwięcéj miejsca najbrudniejsze, gdzie najwięcéj prątków gnilnych się znajduje. Przyjęcie prątków przecinkowych za przyczynowy bodziec cholery sprzeciwia się zasadzie przez samego Kocha podanéj, że bodźce takie muszą się znajdować w miejscu choroby. Prątki przecinkowe nie znajdują się bowiem w patologicznie zmienionych narządach, są tylko w jelitach, zkąd zatruwająco działać mają.—Przypuściwszy to wykreślilibyśmy cholerę z rzędu zwykłych chorób zakaźnych i wypadłoby ją zaliczyć do chorób mięszanych, zakaźnych i zatruwających. Przeciw przypuszczeniu wchłaniania jadu zatruwającego, wydzielanego przez prątki przecinkowe, przemawia zaś ta okoliczność, iż według doświadczeń wchłanianie w przewodzie pokarmowym chorych na cholerę prawie nie ma miejsca. Mogłoby się zatêm rozchodzić o dostawanie się jedynie bardzo małych ilości wytworzonego jadu do krwiobiegu, które aby wywołać tak zgubne zmiany, jakie w cholerze napotykamy, musiałyby być bardzo trującemi. Ta teoryja wytwarzania jadu i Pettenkoferowi z początku wydawała się prawdopodobną, to go téż skłoniło do popierania wysłania Emmericha do Neapolu celem przywiezienia czystych hodowli prątków przecinkowych do zakładu higijenicznego w Monachijum, gdzie Buchner widział, iż w polewce mięsnéj prątki te nadzwyczaj się rozmnażają, tak iż musiały one znaczne ilości zatruwającego jadu wytwarzać, ale próby czynione okazały, że nawet znaczne ilości rozłożonego roztworu odżywczego po wstrzyknięciu nie wywołują u królików i świnek morskich zgubnego działania. Z tych względów musi Pettenkofer teoryję Kocha poczytywać na teraz za niedowiedzione i małoprawdopodobne przypuszczenie.

Daleko prawdopodobniejszą jest rzeczą, sądząc z tego co wiemy o naturze cholery, iż jestto choroba czysto zakaźna, co każe przypuszczać, że drobnotwory znajdują się nie tylko w kiszkach, ale i w innych organach chorego ustroju. Należy więc badać wszystkie narządy i to nie tylko mikroskopijnie, bo drobnotwory choleryczne tak samo oddziaływać mogą na barwy anilinowe jak inne grzybki rozszczepnikowe. Ujemne więc wyniki badania mikroskopem nie są rozstrzygające, aby rzecz rozstrzygnąć, potrzeba także badań bakteryjologicznych. Pod tym względem zwraca Pettenkofer uwagę

na prątki przez Emmericha wykryte, który przeszczepiając różne narządy na żelatynę odżywczą Kocha zawsze jedne i te same drobnotwory otrzymywał, to też skłania go do uznania ich za zostające z cholerą w związku, bo znajdują się one w różnych narządach. Co do biologicznych stosunków, to te prątki Emmericha zbliżają się do prątków durowych, są bardzo patogeniczne, po podskórném ich wstrzyknięciu pojawiły się u większych zwierząt psów, kotów, najwybitniejsze kliniczne objawy cholery azyjatyckiéj, rozwolnienie i wymioty, a wyraźnie ujawnił się swoisty stosunek w jelitach cienkich cechującemi zmianami cholery (od zwykłego nieżytu aż do wynaczynień, a w późniejszym okresie aż do tworzenia wrzodów). Prawdopodobniejszém więc jest, iż prątek Emmericha jest istotnym działaczem w cholerze, gdy mętwik Kocha jest następowym, którego rozwój od procesu cholerycznego zawisł. Można sądzić, iż mętwik ten prawidłowo istnieje pośród postaci mętwików w przewodzie pokarmowym znajdujących się a tylko zyskuje warunki do wielkiego rozwoju w cieczy przesączonéj w czasie cholery z krwi a mocno alkalicznie oddziaływającéj, prawdopodobnie téż w kwasoród obfitującéj. Dopóki prawidłowo w przewodzie pokarmowym żyjące mętwiki i spiryle nie zostaną bliżéj poznane i zbadane, trudno coś stanowczego orzec pod tym względem.

Którykolwiek jednak prątek uznamy za swoisty, musimy starać się o pogodzenie spostrzeżeń do niego się odnoszących z faktami epidemijologicznemi. Gdy chorzy na cholerę nie zarażają bezpośrednio, nie może téż zarażać grzybek choleryczny z chorego, a jeżeli cholera zawisła od czasu i miejsca to i grzybek choleryczny nie może być zupełnie niezawisłym od czasu i miejsca.

Po Pettenkoferze zabrał głos Fraenkel zwracając uwagę, że w ustach znajdujący się prątek przecinkowy, jak przekonał się, co téż i Koch stwierdza, nie rośnie na żelatynie odżywczéj, nie ma więc w ustroju, zdaniem jego, takiego drobnotworu, o którém przypuszczaćbyśmy mogli, że pod wpływem cholery na prątek przecinkowy rozwinąć się może. —

Z kolei przystąpił Koch do dania odpowiedzi Pettenkoferowi. Zwraca się najpierw do tego, że Pettenkofer odwołuje się do doświadczeń na zwierzętach, dla Kocha inne fakty niezbicie wykazują przyczynowy związek między prątkami cholerycznemi a cholerą, nie przywięzuje on zatém wielkiego znaczenia do doświadczeń na zwierzętach.

Pettenkofer sam przyznaje, że prątki choleryczne znajdują się we wszystkich przypadkach cholery i że nie znajdują się w żadnéj innéj chorobie. Zachodzą tu więc takie same stosunki jak w durze powrotnym i trądzie. Nie udało się dotychczas odosobnić spirochetów i wywołać przy ich pomocy duru powrotnego i tak samo rzecz się ma z prątkami trądu, a przecież, uwzględniając właściwe stosunki, w jakich te prątki do odpowiednich chorób zostają, nie możemy sobie stosunku tego inaczéj wyobrazić, jak że pasorzyty te stanowią przyczynę chorób.

Początkowo można było mieć wątpliwość, czy spirochety nie są zjawiskiem przypadkowym we krwi, albo téż przypuszczać, że we krwi istnieją może zarodki drobnotworów, które pod wpływem procesu duru powrotnego na spiryle się zamieniają. Dopóki takie wątpliwości istniały, trzeba było w każdym przypadku dostarczać dowodu, że odpowiedni pasorzyt stanowi przyczynę choroby, przez odosobnienie tegoż i sztuczną reprodukcyję choroby. Dziś jednak mamy liczny szereg chorób zakaźnych, które niewątpliwie zależne są od pasorzytów. Ani razu nie napotkaliśmy przypadku, aby pod wpływem procesu chorobowego wytworzył się swoisty pasorzyt sam z siebie lub z chorobowo zmienionych tkanek albo innych nieszkodliwych pasorzytów, ale przeciwnie, zawsze przekonaliśmy się, ilekroć proces chorobowy był w związku z pasorzytami, że nie choroba stanowi przyczynę pojawiania się pasorzytów, ale że pasorzyty sprawiają chorobę. W takich okolicznościach doświadczenia na zwierzętach nie mają dziś tego znaczenia co dawniéj; dziś bowiem, zważając na inne choroby zakaźne, analogicznie wnosić możemy o patogenicznych własnościach drobnotworu i przyczynowym jego związku z jakąś chorobą, nawet choćby nas doświadczenia na zwierzętach zawiodły. Co do mniemania, jakoby prątki przecinkowe już w zdrowym przewodzie pokarmowym zawsze chociaż w małych ilościach znajdowały się, a tylko pod wpływem procesu cholerycznego rozmnażały się, to mniemanie to nie może się utrzymać i może tylko pochodzić od takiego, który z bakteryjologicznemi sposobami badania nie jest obznajmiony. Sposoby te są dziś tak udoskonalone, że nie podobna przypuścić, aby tylu badaczy preparatów z ludzi zdrowych i na inne choroby cierpiących istnieniu prątków podobnych przeoczyło. Nigdy jednak nie znaleziono prątków podobnych do przecinkowych. Pettenkofer zdaje się skłaniać do innego jeszcze przypuszczenia, że w ustroju istnieją prątki, które w czasie procesu cholerycznego zamieniają się na prątki choleryczne. I to przypuszczenie nie zdola się utrzymać i nie odpowiada doświadczeniom bakteryjologicznym. Takich przeobrażeń nie znamy, a musiałoby istnieć coś analogicznego, aby coś podobnego przypuszczać można. Próbowano prątki ślinne zmieniając różne stosunki hodowli tak przeobrazić, ale się to nie udało. Jeżeliby zresztą tak łatwo przemieniały się jakieś prątki w ustroju na prątki choleryczne, to również łatwo musiałyby się przeobrażać wstecznie na pierwotne prątki, tymczasem prątki choleryczne są bardzo stałe, zachowują swe własności, rosną zawsze w ten sam cechujący sposób, rozpływiają żelatynę i zakażają zwierzęta wywołując zawsze jednakie objawy. Pettenkofer poczytuje prątki Emmericha, mimo zarzutów, jakie przeciw nim podniesiono, za prawdopodobną przyczynę cholery, co do tego Koch odwołuje się do tego, co już przeciw prątkom Emmericha powiedział oświadczając, że co do ich znajdowania wiele rzeczy jest niejasnych. Nie jasném mu téż jest wyrażenie się Pettenkofera, że tylko naciągając fakty, można własności prątków cholerycznych pogodzić z spostrzeżeniami epidemijologicznemi. Pettenkofer zarzuca, że prątki przecinkowe nie mają postaci trwałéj, cóż jednak wskazuje na konieczność jéj istnienia, jak w zarazie śledzionowéj. Nigdy jeszcze nie została przeniesioną cholera za pośrednictwem suchych przedmiotów, sukien, towarów, na wielkie odległości np. z Indyj do Niemiec. To właśnie stanowi różnicę między istotami zakaźnemi posiadającemi postać trwałą a nieposiadającemi jéj. Jad zarazy śledzionowéj, ospy, utrzymuje się po zasuszeniu latami. Jady tych chorób posiadają postać trwałą i zgodnie téż z tém zarazę śledzionową i ospę można przenieść na znaczne odległości przez włosy, skórę, ubiór, szmaty itp. suche nośniki. O cholerze nic podobnego dotąd nie wiemy, a nawet nie dowiedziono z pewnością, aby jad cholery w jakiejś miejscowości w stanie suchym, np. na powalanych sukniach, mógł rok przetrwać. Zdaniem Kocha, okoliczności te przemawiają przeciw istnieniu postaci trwałéj jadu cholerycznego. Że prątki choleryczne utrzymują się tygodnie, a nawet miesiące, w stanie wilgotnym, to już poprzednio Koch wykazał. Jeżeli zaś utrzymują się na agar agarze przez 5 miesięcy, nie ma powodu wątpić, że w przy-

rodzie także mogłyby się tak długo utrzymać. Możnaby wprawdzie zarzucić temu, że prątki przecinkowe wszędzie spotykają się z prątkami gnilnemi i ulegają im, a przecież cholera, niejako z upodobaniem, sadowi się tam, gdzie najwięcéj brudu i zgnilizny. Prątki przecinkowe istotnie giną w kale i cieczy kanałowéj, ale ztąd wnosić nie można, aby nie znajdowały się czasem w korzystniejszych warunkach. W rurce odczynnikowéj lub w dole kloacznym mała grupa prątków gnilnych wytępia wprawdzie wszelkie inne prątki, ale w przyrodzie prątki nie bywają tak nagromadzone i mogą jedne obok drugich istnieć nie tępiąc się wzajemnie. Tak wyobraża sobie Koch możliwość, że prątki przecinkowe ostać się mogą. Przy téj sposobności omawia Koch możliwość istnienia prątków w stawach. Zarzucano, że gdy prątki potrzebują pewnego zgęszczenia istoty odżywczéj, nie mogą się w wodzie względnie czystéj utrzymać. Zarzut ten odpiera Koch uwagą, że do zbiorników spływają także względnie nieczyste wody, przy ich ujściach więc znaleźć się mogą odpowiednie dla rozwoju prątków warunki. Odpiera téż i drugi zarzut co do niezgadzania się własności prątków cholerycznych ze spostrzeżeniami co do szerzenia się cholery a mianowicie, iż jeżeli prątki w suchości obumierają a potrzebują do życia wody, to cholera powinnaby w porze suchéj ustawać a w mokréj się szerzyć, tymczasem w Bengalu rzecz się ma przeciwnie, w porze dżdżystéj zmniejsza się, a w suchéj wzmaga. Zarzut ten pochodzi z mylnego zapatrywania się na porę suchą i dżdżystą, ani pierwsza nie jest zupełnie wolną od deszczów, ani w czasie drugiéj nie pada deszcz bezustannie, przejście z jednéj do drugiéj odbywa się powoli. Spostrzeżenia zgadzają się, że po deszczach w porze suchéj cholera się wzmaga, w porze dżdżystéj nie ustaje całkowicie, ale się tylko zmniejsza. W Kalkucie istnieje wiele zbiorników wód, w których, w czasie pory suchéj, tylko wody ubywa, ludzie mają wody mniéj do rozporządzenia a za to więcéj zanieczyszczonéj, i to tłumaczy szerzenie się cholery w téj porze. Koch nie znajduje zatém niezgody między własnościami prątków cholerycznych a faktami epimijologicznemi i kończy swe przemówienie szeregiem zapytań do Pettenkofera, jak godzą się własności prątków Emmerichowskich z jego lokalistycznemi zapatrywaniami? Czy prątki te mają postać trwałą? czy okazują zależność od usposobienia miejscowego i czasowego? Jak zgadza się to, że prątkami przywiezionemi z Neapolu, mimo że nie przebyły one żadnego okresu dojrzewania w gruncie, udało się zakazić małpy i świnki morskie?

Po uwadze Pettenkofera, iż powiedział, że zależność od miejsca i czasu winna być dla każdego rodzaju prątków dowiedzioną i że dla prątków Emmericha nie jest ona dotąd również wykazaną, zakończono pierwsze posiedzenie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Ω *Allg. med. Centr. Ztg.* w Nrze 62 z rb. donosi, że we Włoszech na Kongresie karnym, który w październiku ma się zebrać w Rzymie, mają być poruszone także ważne sprawy z zakresu psychologii, antropologii i psychijatryi. Kwestyje te ma poruszyć profesor Lombroso z Neapolu, który już od lat wielu zbiera fizyjologiczne daty, aby na ich podstawie wytworzyć nowe zapatrywania w kwestyi poczytności i odpowiedzialności prawnéj. Prof. Lombroso utworzył już we Włoszech niemal odrębną szkołę. Ze szkoły téj wyszło kilku znakomitych kryminalistów włoskich, z których szczególniéj znani są obecny minister sprawiedliwości Tajani i deputowany Mancini. Dzięki tym uczonym filozofija prawa we Włoszech doszła do wysokiego stopnia rozwoju i należy się spodziewać, że poruszenie tak ważnych spraw na Kongresie karnym we Włoszech wpłynie nie mało na dzisiejsze zapatrywania w kwestyi moralnéj odpowiedzialności i traktowania czynów karygodnych.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 września. Reskryptem z 9 września rb. L. 14143 zamianował JExc. Minister spraw wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem wyznań i oświecenia Komisyję dla egzaminów fizykackich dla lekarzy i weterynarzy w następującym składzie: Przy egzaminach dla lekarzy przewodniczącym Dra Alfreda Biesiadeckiego, c. k. Radcę Namiestnictwa; Zastępcą przewodniczącego Dra Ludwika Teichmana prof. Uniw. krakowskiego. Examinatorem z higijeny i ustawodawstwa sanitarnego Dra Kazimierza Grabowskiego, Doc. Uniw. krakowskiego, tegoż zastępcą Dra Stanisława Poniklę, Doc. Uniw. krakowskiego; Examinatorem z medycyny sądowéj Dra Leona Blumenstoka, prof. Uniw. krakowskiego, tegoż zastępcą Dra Tadeusza Browicza, prof. Uniw. krakowskiego; Examinatorem z farmakognozyi Dra Józefa Łazarskiego, prof. Uniw. krak., tegoż zastępcą Dra Edwarda Janczewskiego, prof. Uniw. krak.; Examinatorem z chemii lekarskiéj Dra Aleksandra Stopczańskiego, prof. Uniw. krak.; tegoż zastępcą Dra Emila Czyrniańskiego, prof. Uniw. krak., Examinatorem z policyi weterynarskiéj Dra Alfreda Biesiadeckiego, c. k. radcę Namiestnictwa, zastępcą tegoż Aleksandra Litticha, c. k. weterynarza krajowego.

Przy egzaminach dla weterynarzy przewodniczącym Dra Alfreda Biesiadeckiego, c. k. radcę Namiestnictwa, Examinatorami: Dra Piotra Seifmana, dyrektora szkoły weterynaryjnéj i Aleksandra Litticha, c. k. weterynarza krajowego.

* Wspólne Ministerstwo wojny postanowiło w zasadzie, idąc za przykładem władz niemieckich, komenderować co rok kilku lekarzy wojskowych do klinik chirurgicznych, aby wykształcić się mogli w chirurgii operacyjnéj. Na rok szkolny rozpoczynający się delegowano tymczasem dwóch lekarzy na próbę, a mianowicie jednego do kliniki prof. Billrotha w Wiedniu, a drugiego do kliniki prof. Mikulicza w Krakowie. Do Krakowa przybędzie w tym celu jako elew na rok cały z zatrzymaniem płacy zwykłéj lekarz pułkowy Dr. Link, obecnie we Lwowie pozostający. W każdym razie zaszczytném jest uznanie znaczenia kliniki krakowskiéj i jéj kierownika.

* Po dłuższéj nieobecności powrócili do Krakowa prof. Domański i docenci Jordan i Mars. Również powrócił z Zakopanego Dr. Piasecki i zajmować się będzie praktyką swoją specyjalną, hydroterapiją i gimnastyką leczniczą.

* Radzca wojenny prof. Kalla. W ostatnim Nrze *Berl. klin. Woch.* podaną jest wiadomość o zmianach nastąpić mających w zarządzie klinik praskich, przez nieuwagę jednak redaktora rzecz cała przedstawioną jest, jakby tyczyła się klinik berlińskich, a wreszcie powiedziano, że prof. Pribram obejmuje klinikę radzcy wojennego prof. Kalli. Biedny, znużony starzec, prof. Halla wyszedł nagle na jakiegoś wojownika Kallę.

* Dr. Rydygier podaje do wiadomości w ostatnim Nrze *Berl. klin. Woch.*, że z powodu szczególnych okoliczności gotów jest sprzedać klinikę swoją w Chełmnie n./W. za 80,000 marek.

* **Strasburg.** D. 18 bm. rozpoczął się Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich; zagaił go prof. Kussmaul a powitali zebranych minister Hofmann i burmistrz. Jako miejsce następnego Zjazdu obrano Berlin, a proff. Virchowa i Hoffmanna gospodarzami.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Kiel.** Prof. nadzw. Dr. Ryszard Werth mianowany został prof. zwyczajnym i następcą Litzmanna. — **Wiedeń.** Habilitacyje Drów Zygmunta Freuda jako docenta patologii nerwów i Ryszarda Lumpego jako docenta położnictwa i ginekologii zyskały potwierdzenie Ministerstwa. — Rektor Bamberger jeszcze przed objęciem urzędu zrzekł się takowego; nowy wybór nastąpi w październiku. — **Budapeszt.** Dr. Bela Angyán potwierdzony został jako docent chorób brzusznych.

* **Nekrologija.** Zmarły w Wrocławiu prof. Haeser liczył lat 74; urodził się w Rzymie, uczył się w Jenie, Weimarze

i Wiedniu; był dłuższy czas profesorem w Gryfii a od r. 1862 w Wrocławiu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 38: Rogowicza: Nowe zakłady publiczne dla biednych rodzących w Warszawie (c. d.). W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 38: Matlakowskiego: Kilka spostrzeżeń rzadszych postaci zwichnień i złamań; Sokołowskiego: O włóknistéj postaci suchot płucnych (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok**

KONKURS.

Rozpisuje się niniejszém konkurs na posadę Asystenta przy katedrze anatomii patologicznéj c. k. Uniwersytetu Jagiell. Podania należy wnieść do d. 10 Października na ręce podpisanego dziekana.

Kraków d. 24 Września 1885.

Blumenstok.

KONKURS.

Na opróżnioną posadę asystenta przy klinice chirurgicznéj Uniw. Jagiell. rozpisuje się niniejszém konkurs. Podania należy wnieść do dnia 10 Października na ręce podpisanego dziekana.

Kraków d. 24 Września 1885.

Blumenstok.

L. 8998
pr.

Ogłoszenie.

W myśl rozporządzenia Wys. c.k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 18 Września 1875 odbędą się egzamina lekarzy i weterynarzy, przepisane rozporządzeniem Wys. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 21 Marca 1873 (dz. u. p. l. 37), w celu uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia przy władzach administracyjnych, w jesieni 1885 r., a to dla lekarzy w Krakowie, zaś dla weterynarzy we Lwowie.

Prośby o przypuszczenie do tegoż mają być wniesione najdaléj do końca Września rb., do c. k. Namiestnictwa we Lwowie przez dotyczące c. k. Starostwo i zaopatrzone w dowody wymagane §. 7ym względnie 17ym powyżéj powołanego rozporządzenia.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.

We Lwowie dnia 16 Września 1885.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 3 października 1885. № 40. Rok XXIV.

I. Choroba morska i skuteczny przeciwko niéj wpływ kokainu.

Przez Dr. B. Wicherkiewicza.

(Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego dnia 18 września 1885 r.).

Choroba morska była już nieraz rozlicznych wyłuszczeń powodem, lecz mimo to nie osiągnięto dotychczas jedności pojęć co do etyjologii tego cierpienia. To pewną jest rzeczą, że kołysanie wywołane krótkiemi zwłaszcza falami, sprawia u jednych, słabszych i nerwowych, wcześniéj, u innych, silniejszych, późniéj cały szereg najprzykrzejszych uczuć i dolegliwości, które raz doznane, głęboko zapisują się w pamięci. Cierpienie to przedstawia się jako prawdziwa walka życia ze śmiercią, z któréj na szczęście pierwsze wychodzi zwycięsko lubo nieraz mocno nadwątlone i uszkodzone, boć wiadomą jest rzeczą, że i po ustaniu kołysania trwają nieraz niebezpieczne skutki choroby, jako to ostre zapalenie żołądka lub kiszek, zawroty w skutek niedokrewności mózgu a nieraz niedowidzenie lub oślepnięcie w skutek wymiotów.

W jaki sposób kołysanie statku przez fale wywołuje chorobę morską? Niezapuszczając się w niepłodny rozbiór tłumaczeń nieprawdopodobnych, przedstawię Panom to, które najwięcéj przystaje do mego przekonania. Opieram się przytém na wywodach Dr. Nunna. Otóż zdaje się, że przykrego towarzysza podróży morskiéj rodzą czysto mechaniczne stosunki, w skutek których mięśnie brzuszne śród ciągłego kołysania nie mogą zachować równowagi i wywierać jednostajnego ucisku na trzewa brzuszne, w następstwie czego wnętrzności doznają silniejszych poruszeń, głównie zaś, żołądek, kiszki, i krezki obfitujące w nerwy i w naczynia krwionośne, ulegają rozciąganiu. Ztąd powstaje porażenie odpowiednich nerwów współczulnych, a nadto rozszerzenie naczyń, co za sobą pociąga niedokrewność w odleglejszych częściach ciała, mianowicie zaś głowy i mlecza pacierzowego. Najwydatniejszym, a zarazem najprzykrzejszym objawem, który stanowi poniekąd, że tak powiem, „firmę" całéj choroby, są wymioty poprzedzone zazwyczaj bladością twarzy, podrażnieniem nerwów zmysłowych, jako to: powonienia, wzroku i smaku. Nieraz poprzedza także uczucie zimna i pot zimny.

Wymioty same najlepiéj tłumaczyć można pobudliwością nerwów w przekrwionym żołądku i kiszkach, lubo i niedokrewność mózgu, przez niektórych autorów za jedyną przyczynę wymiotów uważana, sprawia niewątpliwie w drugim rzędzie także nudności i wymioty i to przykrzejsze od pierwotnych.

Jeżeli wolno wnioskować ze skuteczności środków o przyczynie choroby lub objawów jéj, to niewątpliwie, jak się późniéj przekonamy, tamta przyczyna zdaje mi się być właściwszą a przynajmniéj pierwotną. Zupełnie zresztą podobne objawy do tych, które wywołuje choroba morska, występują u niektórych osób na huśtawce, a nawet po dłuższéj podróży powozem lub pociągiem, zwłaszcza gdy podróżujący siedzi tyłem do koni, względnie maszyny.—Choroba morska częściéj powstaje wśród podróży parowcami, aniżeli żaglowcami, gdyż u tamtych dym i woń niemiła maszyny drażni nerwy powonienia, podczas gdy na żaglowcach lub łodziach czyste morskie powietrze bez wonnych przymieszek organizm wzmacniając czyni nieco odpowiedniejszym [1]).

Najrozmaitsze przeciw chorobie morskiéj zalecane środki zapobiegające i rzekomo przeciwdziałające okazały się przy bliższém rozpoznaniu jako bezskuteczne. Ważniejszemi natomiast są przepisy, dotyczące ogólnego zachowania się na statku, a przestrzeganie ich bardzo często chorobę zażegnać

[1]) Pemanas mniema atoli, że powietrze morskie zawiera pewien zaduch (*miasma*), działający podobnie jak zaduch zimniczy i jak przeciw temu poleca chinin, tak i tamten pokonywać stara się wielkiemi dawkami chininu. Jak mylném jest mniemanie takie, okazuje się już ztąd, że nikt chorobie morskiéj nie ulega przesiadując godziny całe nad brzegiem morskim, choćby mu wiatr od morza wiejący cały zasób rzekomego zaduchu do płuc napędzał.

może, jak się o têm w dość licznych moich podróżach morskich na sobie i innych przekonać miałem sposobność.

Otóż w krótkości przepisy te podajemy:

1. W pierwszym rzędzie wypada przygotować żołądek do podróży morskiéj przyjęciem krótko przedtém stałych, strawnych pokarmów i wypiciem miernéj ilości silniejszych napojów wyskokowych mianowicie: koniaku, który można z korzyścią wśród podróży w większych lub mniejszych przestankach popijać.

2. Zająć miejsca na środku pokładu, gdzie kołysanie jest względnie najsłabszém, tak jednakże, ażeby zapach kuchni i maszyny ile możności ominąć.

3. Wzrok zwracać dopóki ląd widoczny, na tenże, a późniéj na maszt, sklepienie nieba, lub też przedmiot najbliższy byle nie na fale.

4. Nader ważną, a może najważniejszą, rzeczą jest ściśnienie brzucha, przeważnie zaś okolicy żołądka. Uskutecznić to można najprościéj w ten sposób, że usiadłszy z opartemi nogami pochylamy się ku nim, a włożywszy pomiędzy kolana i brzuch przedmiot jaki twardszy (wałek, torebkę) przyciskamy go kolanami do żołądka, a gdy zajmowanie podobnéj pozycyi nas znuży, można stojąc uciskać brzuch o poręcz, lub położyć się dla odmiany na brzuch podłożywszy sobie pod żołądek twardszy jaki przedmiot. Ostatnie położenie niewątpliwe odda usługi tym, którzy spędzeni deszczem lub zimnem z pokładu, pragną pozostać w kajucie. Ktoby wolnym chciał być w ruchach i wyborze miejsca, z korzyścią użyć może przyrządu sporządzonego z polecenia Nunna (*The Lancet* Nr. 24 r. 1882), przyrządu składającego się ze sznurowadła i gumowych pęcherzy, umożliwiających stósownie do zawartości jelit, silniéj lub slabiéj brzuch ściągnąć. Luedewich poleca w tymże celu pociągnięcie nadpępkowéj okolicy kleiną rącznikową.

Skoro mimo tych przygotowań nie udało się chorobię zapobiedz i nastąpią wymioty, natenczas używanie ciepłych napojów jako to: kawy, herbaty, rosołu itp. ułatwia nieco takowe.

Nie zbywa nam i na środkach leczniczych, polecanych przeciw rzeczonéj chorobie. Podawano kwasy, leki odurzające, chloroform w kapsułkach po 1 gramie, chinin, azotyn amylowy. Zbyteczną byłoby wyliczać dalszy szereg innych jeszcze środków, gdyż dzielą one wszystkie ze sobą wspólny los, a mianowicie, ten że nie umiały zjednać sobie zaufania w skuteczność swoją nieomylną, a lubo czasem ulgę przynoszą, nie zdołają jednakże nigdy zupełnie opanować choroby.

Wypróbowawszy w ostatnich moich wycieczkach morskich nowy środek, który w kilku razach prawdziwe oddał usługi współpodróżnikom, pozwolę sobie podać Panom wyniki moich doświadczeń. Nie przekonały one mnie, co prawda, ażeby środek ten niezawodnie pokonywał chorobę morską, lecz zasługuje on, zdaniem mojém, przed wielu innemi na szczególne uwzględnienie [1]).

Czytając wzmiankę, nie pomnę już przez kogo uczynioną, o skuteczności kokainu przeciw wymiotom ciężarnych, sądziłem, że również dzielnie powinien środek ten działać przeciw wymiotom, względnie objawom wywołanym przez kołysanie statku.

Mając i w tym roku widoki przejechania się po morzu i to z moją rodziną, a obawiając się przedewszystkiém dla niéj złych skutków, zaopatrzyłem się wcześnie w odpowiednią ilość środka, którego cennych własności w okulistyce często doświadczam. Zaufanie, jakie pod tym względem do środka tego powziąłem, wcale niepomiernie zostało nagrodzoném, jak to zaraz Panom wykażę.

Przy pierwszéj przeprawie na morzu północném z Emden do Norderney, przeprawie trwającéj mniéj więcéj 5 godzin, dość silne fale nie zapowiadały przyjemnéj podróży, têm mniéj, że statek, któremu się powierzyliśmy, należał do mniejszych parowców kołowych; to też kołysanie wkrótce dało się niezbyt licznym towarzyszom podróży we znaki. Skoro tylko żona moja, która zresztą ulega bardzo łatwo chorobie morskiéj, poczuła pierwsze objawy zbliżającego się nieprzyjaciela (ziewanie, odbijanie i przykre uczucie ciśnienia w żołądku), podałem jéj w roztworze wodnym 1% wyc. 0,05 *cocaini muriat.* Po kilku minutach objawy, co dopiero wspomniane, ustąpiły miejsca uczuciu najzupełniejszéj rzeźwości, a nadto łaknieniu, które lichym bardzo befsztykiem jakokolwiek zaspokojone zostało. Gdy po godzinie objawy wzmiankowane powtórzyły się, ponowna, a równa poprzedniéj, dawka kokainu, usunęła powtórnie nudności i uczucie wiercenia w żołądku i to na czas całéj dalszéj podróży.

Przekonawszy się o niewątpliwéj skuteczności kokainu, byłbym chętnie pospieszył z pomocą i innym dość licznym chorym towarzyszom, lecz widoki dalszych podróży i obawa, że zapas mógłby mi się przedwcześnie wyczerpać, nakładały pewne granice ludzkim zachciankom. Spostrzegłszy atoli niedaleko siebie leżącego na ławie pokładu ośmioletniego holenderskiego chłopczyka, który po kilkakrotném wypróżnieniu żołądka, zupełnie obojętnie spoglądał na otaczających go rodziców lub walczył z przytłumieniem natrętnych nudności, podałem z przyzwoleniem rodziców małemu pacyjentowi 0,04 kokainu, a w kilka minut późniéj nagrodzony byłem przyjemnym nader widokiem. Chłopczyk zerwał się ku wielkiemu zdumieniu najbliższych świadków, a ku wielkiéj radości rodziców, uśmiechnięty, na równe nogi i zażądał jeść. Zjadłszy dość spory befsztyk, pozostał i nadal wesołym i swobodnym, biegając po pokładzie parowca.

Zamierzając w kilka tygodni późniéj inną przedsięwziąść przeprawę morską, sprowadziłem sobie poprzednio świeży zapas kokainu, który i tym razem nadziei mych nie zawiódł, lubo siła jego nie okazała się tak bezwarunkową, jakby się tego po pierwszych doświadczeniach było można spodziewać. Zachęcony zapowiadającą się pogodą i spokojném na pozór morzem, wybierałem się z żoną i dzieckiem, w towarzystwie adwokata pana W. z K., z Norderney do Helgolandu. Jak niestałą i zdradliwą w ogóle była pogoda w tegorocznych miesiącach letnich, tak też najniegodziwiéj zdradziła nas w téj naszéj wycieczce trwającéj 4½ godzin. Poranek był jeszcze dość spokojnym i pogodnym, to też nie przypuszczając żadnych przeciwności morskich, udaliśmy się około 9téj rano na pokład parowca kołowego „Friese“, nieprzygotowawszy odpowiednio i należycie żołądka. W kwandrans po odpłynięciu naszém od brzegu, zerwał się dość silny przeciwny nam wiatr, całe niebo oblokło się chmurami, z których gęsty niebawem spuścił się deszcz. Nie będąc dostatecznie zaopatrzeni w ubranie deszczochronne, uciekliśmy do salonu pokładowego. Przestrach przed burzą i nader silne, kołyszące ruchy statku, zastały nas nieprzygotowanych i sprowadziły zbyt wcześnie u méj żony katastrofę. Podawany ponownie kokain, nie rozwinąwszy jeszcze działania, zostawał wkrótce ze żołądka wyproszonym. Tak samo u je-

[1]) W chwili, gdy kreślę te słowa, czytam w *Allg. Med. Central-Zeitung* Nr. 71, iż Dr. Manassein w Petersburgu zrobił do świadczenie z kokainem podobne do mego.

dnéj z dam podróżujących, któréj, widząc ją mocno cierpiącą, podałem 0,05 kokainu. Sam dość zresztą odporny i nawykły do bezkarnego podejmowania podróży morskich, doznawszy skłonności do ziewania i nudności, zażyłem odpowiednią ilość środka i podałem równą dozę adwokatowi panu W. Obydwaj mniéj więcéj przez godzinę wolni byliśmy od nieprzyjemności wszelkich, chcąc zaś do końca podróży oprzeć się chorobie, zniewolony byłem sobie i towarzyszowi dwa razy jeszcze podać odpowiednią ilość środka, który prawdopodobnie uwolnił nas od niechybnéj brzydkiéj choroby. Po zejściu ze statku doznaliśmy jednak, tak samo jak żona moja, przez kilka jeszcze godzin uczucia, jakobyśmy się ciągle jeszcze kołysali. Córeczka moja 5cio letnia, która już w poprzednich latach śród przepraw morskich dzielnie opierała się cierpieniu, tym razem, po godzinnéj jeździe, podczas któréj nader była żywą, nagle zbladła, a wkrótce potém zwróciła treść żołądka odrazu. Podałem jéj natychmiast 0,03 kokainu, poczém wkrótce na łonie mojém na pół godziny zasnęła, a przebudziwszy się wesoła, pozostała zdrową do końca pięciogodzinnéj podróży. Dziesięcioletniéj córeczce p. D., kupca z Hamburga, mocno pasującéj się z chorobą, podałem w 5 minut po ostatnich wymiotach 0,05 kokainu, a dziecko przez trzy następne godziny pozostało wolném od dalszych cierpień i rozmawiało swobodnie z matką.

Z doświadczeń powyższych pozwalam sobie następujące wysnuć wnioski:

1) Kokain może w pewnych warunkach rzeczywiste oddać usługi w chorobie morskiéj.

2) Kokain działa nietylko uspokajająco na kończyny nerwów żołądka, ale także i przez to, że po wessaniu ośródki nerwowe czyni mniéj pobudliwe.

3) Środek ten winien być podany osobom, chcącym się uchronić od choroby, ile możności przy rozpoczęciu jazdy morskiéj, a najpóźniéj, gdy pierwsze występują objawy, a mianowicie: ziewanie, bladość, odbijanie i nudności.

4) Skoro wymioty nastąpią, kokain złagodzi objawy, ale nie usunie zupełnie choroby.

5) W celu podtrzymywania skuteczności kokainu, wypada podawać środek ten, co godzina, lub kilka godzin, a mianowicie wtenczas, jeżeli przedwstępne objawy powracają.

6) Kokain zbytnio rozrzedzony mniéj skutecznie działa, najlepiéj podawać go w 2 do 5% roztworze, albo chcąc uniknąć przytém przykrego uczucia, powstającego śród przejścia środka tego przez przełyk, nieźle podawać kokain w kapsułkach krochmalowych.

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

XIX.

Wątpliwy stan umysłowy młodéj podpalaczki.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Z historyi medycyny sądowéj wiadomo każdemu lekarzowi, że pyromanija nader krótkim cieszyła się żywotem. Wynaleziona w r. 1813 przez Osiandra, wyhodowana następnie przez Henkego, zrazu rozwijała się żywo, gdy w kwiecie wieku śmiertelnie ugodzona przez Caspra (*Das Gespenst des sogenannten Brandstiftungstriebes* 1846) pochowaną została orzeczeniem Deputacyi umiejętnéj w Berlinie w r. 1851. Zawdzięczając krótkie swoje powodzenie nauce Esquirola o jednobłędach, na któréj głównie się opierała a któréj miała być wymowną ilustracyją, upadając pociągnęła za sobą i naukę o jednobłędach, a wspólny grób pokrył i mistrzynię i uczennicę. Jak powszechném było zrazu mniemanie o jéj istnieniu i racyi bytu, tak teraz szybko przyjęło się powszechne przekonanie, że przypuszczenie pyromanii było błędem, niczém usprawiedliwić się nie dającym, a przekonaniu temu dają wyraz już w r. 1857 autorowie sądowolekarscy Böcker i Krahmer w dziełach swych, a za przykładem ostatniego, który już wtedy oświadczył, że w téj mierze pisać już nie warto, poszli wszyscy nowsi autorowie, którzy albo to zdanie powtarzają, jak Liman, albo o pyromanii już nic nie wspominają, jak Hofmann, Schüle i inni.

Gdy przed 18 laty, w początkach mojéj praktyki sądowolekarskiéj, miałem sobie przez Sędziego śledczego przedłożone pytanie, czy kobieta, która dopuściła się podpalenia, nie cierpi pyromanii, byłem wprawdzie niemile dotknięty, że sędzia wskrzesza tę nieboszczkę, ale przez wzgląd na to że prawnik, zwłaszcza starszy wiekiem, nie musi znać nowszych zdobyczy psychijatrycznych, sprawdziwszy, że podsądna jest do pewnego stopnia idyjotką, w orzeczeniu pominąłem to pytanie milczeniem i uznałem obwinioną według ówczesnych zapatrywań za częściowo tylko poczytną, a Sąd nawet uchwalił zupełne zaniechanie śledztwa. Przypadek ten z kilku uwagami odnośnemi ogłosiłem przy sposobności w „Służbie zdrowia publ.“ w r. 1872, mając więcéj na względzie zwrócenie na tę kwestyję uwagi prawników, aniżeli lekarzy. Od tego czasu — przyznać muszę — ani razu w Sądzie tutejszym nie spotkałem się z pytaniem co do pyromanii, widoczna więc, że młodsze pokolenie prawników już jest należycie obeznaném z obecném zapatrywaniem nauki w téj mierze. Gdy więc w kilka lat późniéj wezwany zostałem do wypracowania artykułu o popędzie do podpalania dla encyklopedyi Eulenburga, zastanawiałem się długo nad tém, czy wypada jeszcze teraz rozpisać się nad tym przedmiotem w dziele, przeznaczoném wyłącznie dla lekarzy; wreszcie zdecydowałem się wyłożyć rzecz ze stanowiska historycznego i wykazać, w jakich przypadkach obłąkania z podpaleniem się spotykamy. Nie spodziewałem się atoli nigdy, że jeszcze raz przyjdzie mi poruszyć tę sprawę i to w orzeczeniu Wydziałowém.

Przypuszczenie w obecnym czasie manii bez obłędu (*manie sans délire*) Pinela i podporządkowanie pod nią pyromanii jest przejściem do porządku dziennego nad wszystkiemi pracami psychijatrycznemi i sądowolekarskiemi, ogłoszonemi w ciągu całego stulecia bieżącego. Zmuszony przejść do porządku nad tém przypuszczeniem, wolę zastanowić się nad pytaniem, które jeszcze od czasu do czasu odzywa się: jeżeli nie ma pyromanii, jakie ma znaczenie podpalenie w przypadkach, w których o czyn ten obwinieni nie są zdrowymi na umyśle, czyli jaki zachodzi stosunek między podpaleniem a obłąkaniem. Odpowiedź na to pytanie jest łatwą.

Podpalenia dopuszczają się nie tylko ludzie zdrowi na umyśle, ale i obłąkani wszystkich kategoryj, oczywiście w miarę tego, czy są pochopni i zdolni jeszcze w ogóle do wykonywania jakichś czynności. Pobudki do czynu według doświadczenia są u nich rozmaite. Albo pobudka jest rozumową, jeżeli polega na urojeniu psychologicznem, jak w rozmaitych postaciach zadumy, zwłaszcza połączonéj z tęsknicą, a wtedy chorzy dopuszczają się podpalenia, aby uwolnić się od uczucia trwogi, bólu wewnętrznego, tęsknoty; albo pobud-

ka jest urojoną, jeżeli polega na urojeniu pierwotnem, jak we wszystkich stanach zwyrodnienia umysłowego, zwłaszcza w pomięszaniu pierwotnem. Ale zdarzają się także przypadki, w których oczywisty jest brak zupełny wszelkiéj pobudki do czynu tak doniosłego, w których więc chory działa popędowo i nie jest w stanie wytłumaczyć przyczyny swego postępowania; dzieje się to w gorączce durowéj, w stanie senności epileptycznéj, zwłaszcza w niedołęztwie umysłowem, gdzie pierwsza lepsza podnieta wystarcza do wywołania drogą odruchu czynności czasem brzemiennéj w następstwa; czasem widoczny także jest brak pobudki, przynajmniéj dostatecznéj, w tępocie umysłowéj, w idyjotyzmie, w głuchoniemocie i u osób wprawdzie dorosłych, których wychowanie jednak całkiem zaniedbanem zostało. Idyjoci pozostają na stopie dziecięcéj, niedołężniejący, tępi na umyśle, wracają do téj stopy; jeżeli więc osoby takie dopuszczają się podpalenia, ulegając namowie, dla któréj w wysokim stopniu są dostępne, bez korzyści a nawet z wielką dla siebie szkodą, jeżeli popełniają czyn z błahéj jakiéjś przyczyny, wtedy pobudka wprawdzie istnieje, ale jest to pobudka dziecinna, która jako taka zwraca uwagę na stan umysłowy sprawcy.

Oprócz tych przypadków, w których chorobę, zwyrodnienie lub niedostateczny rozwój władz umysłowych wykazać można, istnieje jednak jeszcze jedna kategoryja, w wysokim stopniu pod względem podpalenia na uwagę zasługująca: są to dzieci w ogóle, nawet prawidłowo rozwinięte pod względem fizycznym i umysłowym. Każdy zapewne zgodzi się ze zdaniem Kraussa (*Die Psychologie des Verbrechens*, Tübingen, 1884), że wszystkie dzieci są pyromanami: igranie z ogniem u wszystkich prawie bez wyjątku jest zabawką najmilszą a wzniecanie pożaru zależy częstokroć tylko od mniejszéj lub większéj sposobności, od mniejszego lub większego dozoru, oraz przedmiotów otaczających, mniéj lub więcéj zapalnych; a ponieważ na wsi wszystkie te warunki są bardziéj korzystne aniżeli po miastach, więc też częściéj zdarza się tam pożar wzniecony przez dzieci aniżeli w mieście. Że tu jest upodobanie w ogniu, że dzieci tylko dla tego nacierają zapałki, aby widzieć płomień, jest rzeczą niewątpliwą, ale ztąd do przypuszczenia jakiegoś popędu i nieprzezwyciężonego zamiłowania ognia, któremu oprzeć się niepodobna, — jeszcze daleko; można to uważać za narów, a nie za popęd chorobowy. Przed 2 laty miałem przypadek, który opinija publiczna z góry uznała jako niewątpliwy przypadek pyromanii. Na Zwierzyńcu pod Krakowem w ciągu niespełna 2 lat zdarzyło się 5 pożarów, a pokazało się w końcu, że wszystkie wznieciła dziewczynka 10-letnia, sierota, u babki staruszki pozostająca, dziecko na wiek swój wcale dobrze rozwinięte, do 3éj klasy szkoły miejscowéj uczęszczające. Badana podała, że nauczyła się bawić z ogniem od chłopca, który zapałki palące się wkładał do ust, polubiła zaś płomień, bo „niebieski"; zostawiona przez babkę sama w domu, a znalazłszy zapałkę, takową ukryła, bojąc się zaś zapalić jéj w izbie poszła do chlewika, a gdy czując ból od dopalającéj się zapałki takową rzuciła, zajęła się słoma tam leżąca; widząc niemożność ugaszenia słomy palącéj się wybiegła przed dom i zwróciła uwagę kobiety przechodzącéj, że się dymi w chlewie, ona sama zaś pospieszyła do mieszkania babki nie obecnéj i wyniosła pierzynę i poduszki. W podobny sposób wznieciła późniejsze pożary. Gdy jéj dałem w Sądzie zapałkę, z trudnością tylko dała się skłonić do zapalenia jéj, a gdy to wreszcie uczyniła, trzymała zapałkę dopóki mogła, a wreszcie rzuciła ją nie oglądając się wcale, czy palące się jeszcze drzewo nie zrządzi jakiejś szkody. A więc był to czysty narów dziecinny, a nie obłęd.

Postępowanie więc lekarza sądowego wobec człowieka, obwinionego o podpalenie, jest bardzo prostém: nie oglądając się na żadne teoryje, bada on każdy przypadek szczegółowy i dochodzi, czy nie ma zboczenia umysłowego. Jeżeli sprawdza jakiekolwiek zboczenie, wtedy uznaje badanego za niepoczytnego z powodu braku własnowolności. Jeżeli choroby umysłowéj wykazać nie może, lekarz sądowy winien mieć w pamięci, że nietylko choroba umysłowa, wykluczająca własnowolność, uwalnia człowieka od odpowiedzialności za czyn nieprawy, ale i zwyrodnienie lub téż niedostateczny rozwój władz umysłowych, które człowieka czynią niezdolnym do rozróżnienia czynu prawego od nieprawego i rozpoznania karogodności czynu. Przypadek, powyżéj omówiony, bezsprzecznie należy do téj ostatniéj kategoryi. Dziewczyna 15-letnia, pochodząca od rodziców idyjotów, a więc w każdym razie dziedzicznie obciążona, żadnego nie otrzymawszy wychowania, od 10go roku życia bawi poza domem rodzicielskim, służąc w rozmaitych miejscach na wsi i uchodzi powszechnie za „durnowatą, głupią, dziecinną"; podpala ona raz po razie, a jeżeli w jednym miesiącu 5 razy dzień w dzień podpalała, toć trudno przypuścić, aby codziennie zemstą pałała; jeżeli obok tego wszystkiego „cała jéj treść duchowa ogranicza się do tego, że liczy od 1 do 5 i to nie biegle"; jeżeli wieku swego podać nie umie, jeżeli fizycznie jest słabo rozwiniętą itd., toć ulegać nie może wątpliwości, że pozostała w tyle poza rówieśniczkami, że nie jest odpowiednio do wieku swego ani fizycznie ani umysłowo rozwiniętą, że zatém za postępowanie swoje nie umotywowane, a co najmniéj dziwne, odpowiadać nie powinna. Szukanie za chorobą umysłową było tu zbytecznem, a nie znalezienie jéj wcale jeszcze nie przemawiało za poczytnością, bo idyjotyzm, aczkolwiek nie najwyższego, ale takiego stopnia, jaki istnieje u podsądnéj, jest całkiem dostateczną podstawą do wykluczenia odpowiedzialności.

III. Przyczynek do kazuistyki wycinania wrzodu stwardniałego.

Podał Dr. A. Zarewicz,
prymaryjusz oddziału chorób wenerycznych i skórnych,
docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

7. R., lat 23 liczący, podoficer wojska austryjackiego, był w czasie badania wzorowo odżywionym i silnie zbudowanym. Chory podaje, iż pierwsze objawy swego cierpienia zauważył rano w dniu 11/4 1880 r. w 8 dni po ostatniem spółkowaniu. Badając go tegoż samego dnia w godzinach popołudniowych znalazłem na dolnéj powierzchni prącia poniżéj wędzidełka guzek wielkości małego grochu, pokryty na powierzchni strupkiem bardzo ściśle przylegającym. Konsystencyja guzka była zbitą bez żadnego naokoło niego odczynu. Gruczoły nie były wcale powiększone. Choremu zalecono przymoczkę z azotanu srebrowego i czystość jak najstaranniejszą.

Skoro jednak piątego dnia (15/4) stan choroby o tyle się pogorszył, iż wszystkie objawy poprzednim razem dostrzegane spotęgowały się, nie wahałem się rozpoznać wrzód stwardniały, zwłaszcza gdy po oddaleniu ściśle przylegającego strupka zauważyłem ekskoryjacyję w środku nieco zagłębioną i tamże ściśle przylegającą, szarą wypociną pokrytą. W obu pachwinach nie zauważano jeszcze żadnéj zmiany.

Tego samego dnia wycięto wrzód i założono opatrunek taki sam jak w poprzednich przypadkach. Opatrunek zdjęto po 48 godzinach (17/4) a rana okazywała lekkie obrzmienie, chory twierdzi, iż w pachwinie prawéj czuje pewnego rodzaju dolegliwość, któréj bliżéj oznaczyć nie umie, któréj jednakowo za ból uważać nie może; badanie wykryło tamże nieznacznie powiększony gruczoł. Po odjęciu szwów w d. 19/4 brzegi rany na małéj przestrzeni rozstąpiły się, reszta zaś rany zagoiła się przez rychłozrost. Obrzmienie naokoło rany ustąpiło, gruczoł pachwinowy prawy więcéj się nie powiększył.

W d. 30/4 rana była już zupełnie zagojoną, nie okazywała większéj zbitości nad tę, jaką okazuje świeża blizna. W gruczole pachwinowym prawym nie zaszła żadna zmiana. Pacyjent badany w d. 16/5 po kilkodniowéj niebytności okazywał gruczoły barkowe po obu stronach powiększone, również powiększone były gruczoły pachwinowe po obu stronach, znaczniéj jednak po stronie prawéj niż po stronie lewéj. W miejscu blizny po wyciętym wrzodzie znajdowała się podłużna ekskoryjacyja, o podstawie wybitnie stwardniałéj, ściśle ograniczonéj, przekraczającéj rozmiary ekskoryjacyi. Prócz tego chory użalał się na częste dreszcze, bóle głowy szczególnie w nocy występujące, ogólne osłabienie i brak apetytu. Przypadom tym jednak chory nie przypisywał żadnego znaczenia, a najbardziéj zaniepokojony został zmianą na prąciu powyżéj opisaną, któréj początki, bez dania sobie powodu, przed czterma dniami zauważył.

Wejrzenie całe rany i przypady towarzyszące upoważniały mnie do przypuszczenia, iż w miejscu wyciętém powstał ponownie wrzód stwardniały; niemniéj przekonany byłem najmocniéj, iż wkrótce spodziewać się należało objawów ogólnych. Choremu polecono wewnętrzne używanie jodku potasu, zewnętrznie zaś na wrzód przepisano przymoczkę z azotanu srebrowego. W dniu 20/5 wystąpiły po obu stronach klatki piersiowéj nieliczne plamy kiłowe; wrzód stwardniały nie okazywał zmian, w gruczołach utrzymywał się stan ten sam, jaki był poprzednio; natomiast bóle głowy i dreszcze ustąpiły, stan ogólny chorego polepszył się.

W 6 dni późniéj (26/5) wrzód zagojony został, natomiast stwardniałość niezmiennie się utrzymywała. Plamy zajęły niezbyt gęsto przednią stronę klatki piersiowéj, jéj boki, grzbiet tułowia i odnogi górne po ich wewnętrznéj stronie. W jamie ustnéj i na innych częściach ciała nie było zmian. Gruczoły utrzymywały się bez zmiany; na stwardniałość po wrzodzie zalecono *empl. hydrargyri c. emplastro saponato pp. aeq.*

W dniu 1/6 wysypka plamista w powyżéj wymienionych miejscach stała się obfitszą, inne zmiany nie zaszły. W dniu tym usunięto jodek potasu a polecono natomiast jodek rtęciawy *(Protojodur. hydrarg.)* rozpoczynając od dawki dziennéj 0·06. Zanotować wypada, iż w ciągu leczenia, które bez przerwy trwało 3 miesiące, wystąpiło obrzmienie gruczołów karkowych. Zmiany wszystkie w czasie leczenia, z wyjątkiem obrzęku gruczołów, ustąpiły.

Z końcem września (25/9) tegoż roku wystąpił nawrot w formie kłykcin sączących na krawędzi języka po stronie prawéj i plam dużych kiłowych w gromadach ułożonych w obu przegubach łokciowych i po obu bokach klatki piersiowéj. Gruczoły okazywały taki sam stan, jak w czasie ukończenia poprzedniego leczenia. Obok leczenia miejscowego kłykcin sączących poddano chorego ponownemu leczeniu za pomocą jodku rtęciawego. Kłykciny sączące na języku ustąpiły rychło, plamy jednak z powodu zaniedbywania się chorego w wewnętrznem używaniu rtęci dłuższy czas się utrzymywały, albowiem po bokach klatki piersiowéj ślady ich widoczne były jeszcze w marcu r. 1881, a doszczętnie ustąpiły dopiero w końcu kwietnia tegoż roku.

W lipcu r. 1881 chory miał nieznaczne kłykciny sączące na końcu języka, które pod wpływem leczenia miejscowego rychło ustąpiły. Od tego czasu aż do połowy roku 1884, w którymto czasie chorego kilkakrotnie leczyłem z powodu innych cierpień, nie zauważyłem u niego żadnych powrotów kiły, gruczoły jednak, jakkolwiek zmiejszyły się były, są jeszcze powiększone.

Przypadek ten zasługuje z tego względu na uwagę, iż mimo wczesnego i gruntownego wycięcia nastąpiło przecież odnowienie wrzodu stwardniałego; że gruczoły pachwinowe po wycięciu wrzodu powiększyły się, mimo to, iż operowano w czasie, w którym gruczoły pachwinowe nie okazywały jeszcze żadnych zmian.

Zmiany ogólne, które od czasu pojawienia się wrzodu 40 dnia wystąpiły, były łagodne; pierwszy nawrót był uporczywy, okoliczność tę jednak przypisać należy niepilnemu leczeniu się. Drugi i ostatni, jak dotąd, nawrót był bardzo łagodny. Przypadku zatém powyższego nie waham się uznać równie za łagodnie przebiegający.

8. X. Y., lat 28 liczący, magister farmacyi.

Chory miał zauważyć pierwsze objawy nazajutrz po spółkowaniu, t. j. w d. 6 lipca 1881. W dniu zaś 7 lipca badany okazywał na wewnętrznéj stronie napletka w linii grzbietnéj prącia małą ekskoryjacyję o nieznacznie stwardniałéj podstawie, gruczoły pachwinowe lewe były bardzo miernie powiększone, chory jednak podawał, iż sąto pozostałości po przebytéj dawnemi czasy dymienicy, która dobrowolnie powstała była. Dodać jeszcze należy, iż chory w dniu tym, w którym spostrzegł rankę, wypalił takową zgęszczonym roztworem (1:4) siarkanu miedziowego. Odżywienie było dobre. Skoro w następnych dniach wątpliwość co do natury ranki usuniętą została, zaproponowałem wycięcie wrzodu, na które jednak pacyjent dopiero w d. 14/7 zezwolił. W dniu wycięcia gruczoły pachwinowe lewe były więcéj powiększone, a w pachwinie prawéj rozpoczął się także wytwarzać obrzęk gruczołów. Rana po wycięciu zagoiła się w części przez rychłozrost, w części przez ropienie do dnia 26 lipca, w czasie gojenia zauważyłem, iż gruczoły pachwinowe nieco jeszcze się powiększyły i przybrały wybitny charakter dymienicy towarzyszącéj wrzodowi stwardniałemu. Blizna po zagojeniu pozostała nie okazywała żadnéj stwardniałości.

W dniu 29 sierpnia zauważyłem pierwsze objawy kiły następowéj w postaci skąpo rozsianéj wysypki plamistéj po obu bokach klatki piersiowéj, na obu barkach po stronie wewnętrznéj i na brzuchu. Podniebienie miękkie przedstawiało ściśle od góry ograniczone ćmawe zaczerwienienie błony śluzowéj, pacyjent doznawał téż przy połykaniu lekkiéj bolesności. Gruczoły pachwinowe utrzymywały się w tym samym stanie jak w dniach poprzednich, inne gruczoły nie były zajęte. Miejsce wycięte utrzymywało się niezmiennie.

W dniu 7 września zajęte były przez plamy gęsto usadowione oba boki klatki piersiowéj i grzbiet tułowia, rzadko zaś rozsiane plamy znajdowały się po wewnętrznéj stronie obu odnóg górnych i na brzuchu. Zresztą w stanie chorego nie zaszły żadne zmiany. W dniu tym chory rozpoczął wcierania z 3·00 szaruchy na dawkę. Po zrobieniu 25 wcierań stan chorego był następujący: z wysypki nie pozostał najmniejszy ślad, zaczerwienienie gardła również doszczętnie ustąpiło. Gruczoły pachwinowe zeszły do prawie normalnego stanu.

W dniu 4/1 1882 wystąpiła pierwsza recydywa jako powierzchowna kłykcina sącząca na migdałku prawym i na wardze ust górnéj. Na barku prawym, w przegubie łokciowym prawym i na przedbarku lewym po stronie wewnętrznéj znajdowały się

duże plamy kiłowe w gromadzie ułożone. Gruczoł szyjny po stronie prawéj na przodowym brzegu schylacza głowy ułożony był powiększonym; inne gruczoły niezajęte.

Choremu polecono używanie wewnętrzne rozczynu jodku potasu z małym dodatkiem jodku rtęciowego (*Dentojodur. hydrarg.*) obok leczenia miejscowego. Leczenie wewnętrzne chory kontynuował do końca lutego, mimo że zmiany tak na skórze jak i w jamie ustnéj rychło ustąpiły.

W połowie marca tegoż roku wystąpiła druga recydywa w postaci jednéj kłykciny sączącéj na łuku językowym prawym tuż poza nasadą języka, którą usunięto przez pędzelkowanie wyskokowym rozczynem chlorku rtęciowego. Od tego czasu miałem często sposobność badania chorego tak ze względu na jego obawy co do przebytego cierpienia, jak niemniéj przy sposobności innych chorób niemających związku z przebytém cierpieniem, a nigdy nie zauważyłem powrotów kiły. Dodatkowo nadmienię, iż pacyjent już ożeniony cieszy się obecnie zdrowém potomstwem.

W przypadku powyższym wycięto wrzód w dziewięć dni po jego pojawieniu się, rana zagoiła się w części przez rychłozrost, a w części przez ropienie w dwunastu dniach; po wycięciu gruczoły pachwinowe jeszcze się nieco powiększyły, inne gruczoły, prócz gruczołu szyjnego prawego, który dopiero w czasie odnowienia się kiły wystąpił, nie były zajęte.

Zmiany ogólne wystąpiły w 55 dniu licząc od czasu pojawienia się wrzodu stwardniałego a objawiały się jako kiła łagodna. Dalsze recydywy również uważać należy jako objawy kiły łagodnéj, która po raz pierwszy w postaci odnawiającéj się wysypki plamistéj i powierzchownych kłykcin sączących w jamie ustnéj, a po raz drugi jako jedyna kłykcina sącząca na łuku językowym wystąpiła. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z drugiéj seryi posiedzeń w sprawie cholery odbytych w Państwowym Urzędzie Zdrowia w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39).

Na drugiém posiedzeniu znów przemawiał Pettenkofer, nadmieniając, iż według badań w Monachijum poczynionych postać przecinkowa prątków nie jest stałą, że w różnych cieczach odżywczych hodowane przybierają postać łańcuszków i prątków krętych, że je można znów przemienić w stan przez Kocha opisany, i że prątki Emmericha zaraz po szczepieniu dają czyste hodowle. Pettenkofer zwraca uwagę, że Koch przecież przypuszcza pewien stan trwały prątków, który ma służyć do wyjaśnienia tych ciekawych epidemij, które ustają, aby po krótkim czasie znów odżyć. Przypadki takie, że epidemija dzieli się na zimową i letnią, a także że i co do miejsca zdarza się podział, są częste. W końcu odpowiadając na ostatnie pytanie Kocha, jak zgadza się zakażenie zwierząt grzybkami z chorych na cholerę lub z narządów osób cholerycznych z dotychczasowém wyobrażeniem o wpływie gruntu? Pettenkofer mniema, że wszelkie fakty epidemijologiczne w Indyjach i po za niemi zmuszają coraz więcéj do wyobrażenia, że co do zakażenia cholerą zachodzi analogija z zakażeniem zimniczém a nie jak sądzą kontagijoniści, że odbywa się analogicznie do zakażenia kiłowego, które bezpośrednio z człowieka na człowieka przechodzi.

Drobnotwory zimnicze zdają się tak jak choleryczne życie spędzać w miejscowości. Dziwnémby też było aby zimnica była jedyną chorobą zakaźną zawisłą od gruntu i stosunków atmosferycznych. Jeżelibyśmy cholerę nazwali chorobą zaraźliwą, to i zimnicę takby nazwać wypadało, bo i ta zależy od grzyba i daje się przez szczepienie z osoby na osobę przenosić. W Rzymie przeniesiono krew z chorych na zimnicę na zdrowych i wywołano typowy obraz zimnicy, która dała się chininem wyleczyć. Nikt jednak ztąd wnosić nie będzie, że epidemije zimnicy nastać mogą przez zarażenie od chorych a nie są skutkiem miejscowości i czasów zimniczych. Niewątpliwie istnieje wielka różnica między zarażeniem się drogą sztuczną a naturalną, sądzi też Pettenkofer, iż z tego, że przez grzybki choleryczne można u zwierząt wywołać objawy choleryczne, nie można jeszcze wnosić, że podobnie lub tak samo ludzie się zarażają. Pettenkofer godzi się na prątek przecinkowy, jeżeli tylko wyjaśnionym zostanie stosunek jego z czasowém i miejscowém usposobieniem, ale jak dotąd zakażenie zimnicze bakteryjologicznie nie jest wykazane, tak téż i zakażenie choleryczne, obu należy dopiero szukać.

Po Pettenkoferze zabrał głos Virchow. Zdaniem jego Koch ma słuszność, twierdząc, że do rozstrzygnięcia omawianéj sprawy doświadczenie nie jest bezwzględnie koniecznėm i że ostatecznie nawet bez doświadczenia obejść się będzie można, bo nie możemy przecież wszelkich chorób ludzkich przenieść na zwierzęta, mimo to doświadczeń pomijać nie można, tém bardziéj dziś po odkryciach Emmericha twierdzącego, że także stale u chorych swe grybki znajdował i objawy cholery niemi wywołał. Co do tego wyraża on się w ten sposób: „Ciekawym jest fakt, że wprowadzając nowo wynalezione prątki choleryczne do ustroju zwierzęcego jakąkolwiek drogą czy do kiszek czy pod skórę, w każdym przypadku jako główny objaw stale występuje zajęcie kiszek cienkich.“ W dalszym ciągu Emmerich opisuje to zajęcie a opis odpowiada zupełnie temu, jaki znaleziono u świnek morskich po zarażeniu ich w inny sposób. Dowodzi to, że nie jestto działanie swoiste, ale że istnieje możność wywołania jednakich objawów wieloma przyczynami. — Już w r. 1848 Virchow był zdania, że cholerę pojmować wypada jako rodzaj gnilnego zakażenia. Wstrzykując do żył ciecz otrzymaną przez wytrawienie ściętego włóknika tygodniami bez przystępu powietrza w ciepłocie prawie ciała, otrzymywał u zwierząt obraz cholery. Nigdy nie poszedł Virchow tak daleko, aby ztąd wnosić, że cholera nie jest niczém inném, jak zwykłém gnilném zatruciem, — ale zawsze twierdził, że objawy te dadzą się i w inny sposób wywołać, mamy tu np. analogiję z zatruciem arszenikiem i wnosił, że różnemi truciznami dadzą się wywołać podobne objawy w kiszkach, a niekoniecznie nawet, aby trucizna z kiszki działała, ale może téż inną drogą dostać się do ciała. Porównywając te wyniki z wynikami wprowadzania grzybków cholerycznych, widzimy, że przez gnilne produkty rozkładowe udało się Virchowowi uzyskać więcéj objawów cholery niż Emmerichowi i Kochowi ich prątkami. — Nasunęła się Virchowowi myśl, iż może przyczynę tego stanowi opium, któremu Koch przypisuje tylko rolę osłabiającą, ale może ono przeszkadza pojawieniu się główněj części objawów, bo i dlaczegóżby świnka morska nie miała dostać rozwolnienia? Dzisiejszy stan badań doświadczalnych stanowi rodzaj przeszkody w pojmowaniu téj sprawy. I z podań Emmericha wynika, że nie udało mu się nic więcéj nad wywołanie nagromadzenia bryjowatego kalu w kiszce ślepéj i w kiszkach grubych, nie wywołał zatém nic nad biegunkę, która się na zewnątrz nie ujawniła. Drogę tę należy udoskonalić. Na-

leży przynajmniéj pokusić się o rozstrzygnięcie pytania, czy jedna lub druga z istot z chorych na cholerę pochodzących sprawia coś więcéj, aniżeli wiadomo o pewnéj grupie szkodliwych istot innego rodzaju? czy nie uda się przynajmniéj tyle z pośród objawów chorobowych wywołać, ile można wywołać przez zwykłe wstrzyknięcie istot gnilnych? Przy tém pozwala sobie Virchow co do stosunku między gnilnemi istotami a innemi uczynić uwagę: Emmerich powiada, „że jego prątki mają wielkie podobieństwo z prątkami dyfterytycznemi, od których jednakże łatwo je odróżnić zwracając uwagę na wejrzenie kolonij przy stósownêm powiększeniu, wpływ na zwierzęta itd.“ To przypomina Virchowowi ciekawe spostrzeżenie, na które już zwracał w różnych okolicznościach uwagę, iż w przebiegu epidemii cholery spostrzegał raz więcéj drugi raz mniéj przypadków dyfterytycznych różnéj mocy cierpień: błonicę pochwy, pęcherzyka żółciowego, połyku nawet oskrzeli, moczowodów, a więc w miejscach niezwykłych, odległych, do których nieraz pasorzyty tylko śród krwiobiegu dostać się mogły. W pojawianiu się tych błonicowych objawów zachodzą liczne zmiany. Mijają tygodnie a nie spostrzegamy ich ani razu, gdy w innych czasach często je napotykamy. Uwzględniając to i orzeczenie Emmericha, iż jego prątki z prątkami błonicowemi wielkie mają podobieństwo, nasuwa się pytanie, czy nie natrafił on właśnie na takie przypadki cholery, które z błonicą były powikłane? Wiadomą jest rzeczą, iż w błonicy może mieć miejsce rozszerzenie się pasorzytów w ciele, gdy Virchow nie zna faktu wskazującego, aby prątek przecinkowy rozszerzył się po za granice kiszki. Być więc może, zdaniem Virchowa, że odgrywają się różne procesy i dwie postacie ustrojów wspólnie się zdarzają. Dowieść tego na razie nie można. Jeżeli jednak uwzględni się ogół spostrzeżeń, to wypada zdanie Pettenkofera: iż Emmerich wykrył prawdę a prątek Kocha zdarza się tylko czasem obok niego, odwrócić: Koch wykrył prawdę a czasami zdarza się prątek Emmericha, zupełnie tak jak cholera sama przez się nie sprowadza błonicy ale tylko w pewnych razach. Virchowowi nie wiadomo, czy blonica w cholerze jest identyczną z błonicą w innych chorobach, objawy jéj są zupełnie podobne; od czasu, w którym nauczono się hodować prątki, nie miał Virchow sposobności czynić badań w tym kierunku.

W obec tego bliską jest myśl, iż prątek podobny do błonicy zdarza się w cholerze w powikłanych przypadkach. Virchow ufa Emmerichowi, wątpieniu zatém ulegać nie może, iż nie idzie o ustroje gnilne, któreby się dopiero dołączyły, ale że w cholerze znajdują się przypadki, w których już za życia we krwi, a prawdopodobnie także następnie i w innych częściach ustroju, znajdują się ustroje od prątków przecinkowych różne. Aby jednak ustroje te były właśnie swoistemi nośnikami cholery, nie jest, zdaniem Virchowa, rzeczą dowiedzioną. Rzecz raczéj ma się tak, iż w pierwszym rzędzie pytać się musimy: czy znamy jaki przypadek, w którymby wykryto prątki choleryczne w przewodzie pokarmowym osób, które nie zapadły na cholerę azyjatycką? Pod tym względem zgodzić się wypada z Kochem. Nie znamy dotąd takiego przypadku a jeżeli choć raz znajdziemy ten prątek, wątpliwość będzie uzasadnioną, dopóki jednak przypuszczać musimy z jednéj strony stale znajdowanie się prątków przecinkowych w cholerze, a z drugiéj stałe nieznajdowanie się ich u innych osób, nie wiedzieć jak inaczéj wnosić, jak tylko, że rozchodzi się tu o istotną część składową choroby.

Jakkolwiek cholerę pojmowac będziemy, wątpliwości, zdaniem Virchowa, nie ulega, że cierpienie kiszek tworzy główną podstawę choroby. W 1848 r. dużo rozprawiano, czy cholera jest chorobą ogólną, czy miejscową, ale nawet ci, którzy ją mieli za ogólną, nigdy nie wątpili, iż siedzibą są kiszki, że w nich odgrywa się głównie cały proces i że zachowanie się kiszek rozstrzyga, czy wogóle rozpoznać można cholerę. Emmerich wyhodował grzybek, który według jego podania znajduje się i poza kiszkami.

Inne narządy, z których brał swego grzybka, są w cholerze narządami zupełnie drugorzędnego znaczenia. Wprawdzie w cholerze prócz kiszek i inne narządy bywają zajęte, a nawet już w ciągu epidemii 1848 r. poznano szereg narządów, które regularnie bywają zajęte, ale nie można twierdzić, aby to zajęcie było zasadniczém. Idzie tu o nerki, wątrobę, płuca i śledzionę i to w tym szeregu, że regularnie i to największe spotykamy zmiany w nerkach, potém w płucach, a nakoniec w śledzionie i wątrobie. Nigdy Virchow nie widział bezpośredniego cierpienia płuc w ostrym okresie cholery. W późniejszych zaś zachodzą istotne zmiany w płucach i to znaczniejsze. Śledzionę stosunkowo często znajdował zmienioną wprawdzie nie stale, ale w epidemijach berlińskich od r. 1848 większa część osób okazywała zmiany (hyperplastyczne obrzmienie) śledziony. I o wątrobie mało co wiemy, jeżeli na acholiję nacisku kłaść nie będziemy. Jeżeli więc Emmerich w narządach tych znalazł tu i ówdzie jaki prątek, to nie można tego za coś rozstrzygającego uważać. Natomiast w kiszkach stale i silnie zajętych, gdzie objawy tak się uwydatniają, muszą się znajdować prątki masami, aby uwagę naszą na siebie skierować.

To zaś czynią, zdaniem Virchowa, ustroje przez Kocha odosobnione i wyhodowane. Przeglądając zasobną literaturę cholery, Virchow, nie może sobie wyobrazić, aby ci, co szczególną uwagę kładli na znajdowanie się drobnotworów, coś innego widzieli jak Koch. W dziele Kloba z r. 1867 opis i rysunek wielu rzeczy, które on widział, zgadza się z prątkami przecinkowemi, pamiętać jednak przy uwzględnianiu należy, że w tym czasie, ani drobnowidy nie były tak udoskonalone jak dziś, ani nie znano sposobów barwienia i hodowania. Podobnie rzecz się ma z mątwikami Pacciniego. Nikt Kochowi przeczyć nie będzie, że jemu pierwszemu udało się ustroje w mowie będące w stanie czystym przedstawić. Prątki Emmericha stanowczo nie są tém, co badacze ci opisywali.

To skłania Virchowa do mniemania, że Koch uchwycił istotę rzeczy, ale mimo to, naszym jest obowiązkiem iść naprzód drogą badań i zbadać istniejące wątpliwości i rozproszyć je.

Kilka słów dodaje jeszcze Virchow o zastosowaniu wyniku doświadczeń do spostrzeżeń u ludzi. Koch przyjął za podstawę zapatrywań alkaliczność treści przewodu pokarmowego. Lepiéj, zdaniem Virchowa, byłoby powiedzieć: zniesienie kwaśnego oddziaływania. Już bowiem w roku 1848 zauważył Virchow w kiszkach cienkich w czasie sekcyj przy przepełnieniu cieczą kwaśne, a dopiero niżéj obojętne lub alkaliczne oddziaływanie. W r. 1867 zrobiono w Berlinie spostrzeżenie, że świeże stolce cholerycznych częściéj obojętnie niż alkalicznie oddziaływają. Właściwe alkaliczne oddziaływanie wydawało się Virchowowi być zawsze oznaką gnilnych zmian, a to z tego powodu, że gnilnym zmianom towarzyszy cały szereg innych rozkładów, np. rozpad przybłonków, który w takich rozmiarach nastaje, że późniéj nic z nich

widzieć nie można. Zmianom tym towarzyszy też zniszczenie pasorzytnych ustrojów. Nie wydaje się zatém pewném Virchowowi, aby potrzebną była zupełna alkaliczność, a nawet czy wogóle potrzeba zupełnego zniesienia kwaśnego oddziaływania, aby u ludzi cholerę wywołać. Z drugiéj strony nieudowodnionym, ale bardzo prawdopodobnym jest fakt, że nie rzadko w żołądku ludzkim mało lub nic kwasu się nie wydziela. Należałoby więc, zdaniem Virchowa, czynić doswiadczenia na zwierzętach z przetoką żołądkową, u których łatwo daloby się sprawić obojętne lub alkaliczne oddziaływanie treści. Zawsze wnosić można, że częściéj niż sądzimy zdarzają się u ludzi apeptyczne lub dyspeptyczne stany, połączone ze zniesieniem lub zmniejszeniem wydzielania kwasu i że przez to nastaje szczególne usposobienie do przepuszczania pasorzytnych ustrojów.

Co do wywodów Pettenkofera to mniema Virchow, iż w dzisiejszym okresie badań trudno chcieć każdy szczegół w przebiegu epidemij tłumaczyć. Żadna zaraza nie jest dotąd tak poznaną, abyśmy mogli zupełne mieć pojęcie o przyczynach epidemicznego przebiegu. W tym względzie odwołuje się Virchow do choroby jedwabników (*Muscardine*), do choroby ziemniaków, co do których nie wiemy, dla czego raz w mniejszym, drugi raz w większym występują stopniu. A i w ospie cóż pomogło poznanie grzybków do wyjaśnienia epidemij?

W jednym kierunku czynione badania napawały Virchowa nadzieją mianowicie w kierunku podjętym przez Buchnera, iż uda nam się dojść do wykazania, że jedne i te same grzybki w różnych czasach i w różnych okolicznościach posiadają różny stopień zaraźliwości. Dla zarazy śledzionowéj już się to powiodło, a gdyby nam się to i co do innych grzybków udało, otrzymalibyśmy wyborne podstawy do objaśnienia różnych zjawisk, których dotąd wyjaśnić nie umiemy, mianowicie co do przebiegu epidemij. Virchow zastrzega się, jakoby chciał dać ogólne wyjaśnienie szerzenia się wszystkich zaraz. Jako przyrodnik poddaje tylko pytanie, czy przypadkiem różny stopień zaraźliwości nie tłumaczy najlepiéj różnic zachodzących w nasileniu zaraz. Wyniku badań pod tym względem dopiero oczekiwać należy. Zapytać się należy w pierwszym rzędzie: czy nie zdarzają się czasy przyjaźniejsze rozwojowi grzybków, w których grzybki lepiéj rostują, więcéj istoty działającéj wyradzają? Przecież tak się rzecz ma i z innemi roślinami. Po wykazaniu tego znaleźlibyśmy rozwiązanie odpowiednie czasowego przebiegu i wahań w nasileniu epidemij.

Co do stanu trwałego prątków, to zdaniem Virchowa, to co wiemy wystarcza do wyjaśnienia rzeczy. Pettenkofer wyszedł z dowolnego przypuszczenia, że to muszą być koniecznie trwałe zarodniki. Nie znaleziono ich, ale okazało się, że grzybek sam posiada znaczny stopień przetrwalności, że nie potrzeba nawet jakichś niezwykłych okoliczności, aby go wyhodować i długo utrzymać. Babes twierdzi, że może utrzymać się co najmniéj 6 miesięcy.

Jeszcze na jednę okoliczność pominiętą przez Kocha zwraca Virchow uwagę, a to, że można istotnie otrzymać różne postacie wegetacyjne prątka przecinkowego, które różnie długi czas mogą przetrwać, jak np. ta postać, którą Ferran opisał i odrysował. Sąto różne postacie wegetacyjne należące do tego samego indywiduum, a z których stosownie do zewnętrznych okoliczności daje się pierwotna postać otrzymać. Nie ulega w żadnym razie trudności, wyobrazić sobie przewleczenie się epidemii z roku na rok, lub przeniesienie z jednego miejsca na drugie przez jednę z takich postaci wegetacyjnych prątka przecinkowego.

Poczyniliśmy zatém, zdaniem Virchowa, w różnych kierunkach dodatnie postępy rozszerzające zakres pewnéj wiedzy, nie życzy sobie jednak Virchow, aby z tego zakresu pewnych faktów zapuszczać się bardzo w zakres tłumaczeń. To, że fakt ten lub ów lepiéj lub mniéj dobrze zgadza się z przebiegiem epidemii, jest rzeczą, któréj obecnie nie można poczytywać za miarę dobroci téj lub owéj teoryi lub pojęcia.

Na zakończenie zwraca się jeszcze Virchow do Pettenkofera, który zdaje mu się być uprzedzonym do zapatrywań niektórych z pośród obecnych, a mianowicie, że skoro tylko mają jaki prątek, wszystko inne za obojętne uważają. Z tego powodu oświadcza Virchow, że czasowe, miejscowe i osobnicze usposobienie musi znaleźć uznanie. Prace Pettenkofera w tym kierunku podjęte uznaje Virchow zawsze i nie w tym leży różnica między ich zapatrywaniami. Na razie jednak nie należy się tém zajmować, ale skierować badania ku pasorzytnemu bodźcowi chorobowemu, do czego Koch dał pochop. (C. d. n.)

F u n k e l: **Dalszy przyczynek do bakteryjoterapii gruźlicy płuc.**

Dr. Funkel w Schmalkalden w skutek ogłoszenia spostrzeżeń Cantaniego (Przegl. Lek. Nr. 32), podaje, że podobne zjawisko spostrzegał już w r. 1884 i obecnie zajęty jest dalszemi poszukiwaniami w tym kierunku. Poszukiwania jego jeszcze nie są ukończone, gdy jednak prof. Cantani ogłosił także spostrzeżenia dopiero rozpoczęte, więc i Funkel pospiesza podać do publicznéj wiadomości to, co dotąd w téj mierze zebrał.

W r. 1884 leczył Funkel młodego, silnego człowieka na ropne zapalenie opłucny. Wypocina uległa otorbieniu w okolicy kręgosłupa. W ciągu kilku miesięcy chory wychudł do niepoznania, kaszel ciągły i stosunkowo wysoka gorączka kazały oczekiwać zejścia śmiertelnego. Tymczasem ropień przebił się do płuca. Chory wykrztuszał przez kilka tygodni ciągle znaczne ilości ropy, prędko rozkładającéj się i mocno cuchnącéj. Wychudnienie coraz więcéj się zwiększało. Badanie drobnowidowe wykazywało w ropie mnóstwo *bacterium termo*. Mimo najpilniejszego codziennego badania, ani razu nie znaleziono laseczników gruźliczych Kocha. Ponieważ, zdaniem autora, przebieg ropnego zapalenia opłucny, wyniszczenie, gorączka i długie trwanie choroby kazały prawie na pewne rokować, że do pierwotnéj choroby dołączy się gruźlica, gdy zaś ta nie wystąpiła, a chory powoli odzyskał zdrowie, autor padł na myśl, czy właśnie owo *bacterium termo*, znajdujące się w wykrztuszanéj ropie w tak wielkiéj ilości, że ta aż przybierała zabarwienie wpadające w odcień zielonawo-czerwony, nie było powodem, że prątki gruźlicze, nieznalazłszy gruntu odpowiedniego, nie mogły się rozwinąć. Najprzód więc autor starał się przekonać, czy istotnie *bacterium termo* może w „walce o byt“ pokonać prątki gruźlicze Kocha. Hodowla wspólna tych dwóch gatunków prątków wykazała istotnie, że prątki gruźlicze giną wobec silniejszego *bacterium termo*. Dalsze jeszcze doświadczenia są w toku.

W pierwszych miesiącach wiosennych b. r. zastosował autor wziewania z cieczy, zawierającéj *bacterium termo*, u chorego cierpiącego na gruźlicę płuc, w plwocinach którego znajdowały się znaczne ilości prątków gruźliczych. Polepszenie nadzwyczaj szybko nastąpiło, a w miarę tego w plwocinach coraz rzadziéj napotkać było można prątki gruźlicze Kocha, które ustąpiły miejsca *bacterium termo*.

Dziwnym jest fakt, że drugi chory z niewątpliwą gruźlicą płuc, u którego jednak kilkakrotnie nadarmo szukano w plwocinach prątków gruźliczych, robił wziewania powyższe bez najmniejszego skutku. Autor zachęca do dalszych poszukiwań w tym nowym kierunku terapii, wyzyskującéj w sposób tak racyjonalny prawa silniejszego w przyrodzie i przyrzeka ogłosić niedługo dalsze swe spostrzeżenia. (*Allg. med. C. Ztg. Directe Mitth.* 1885, Nr. 61). *Dr. Kopff.*

Wiadomości pomniejsze.

○ Rosenbluth ogłasza doświadczenia, jakie zrobił co do użycia **pyrydynu w duszności.** Pyrydyn jest triaminem, jaki się otrzymuje przy suchéj destylacyi różnych istot organicznych. Pierwszy Anderson opisał go w r. 1851 a Bochefontaine pierwszy zastósował go w r. 1883. Jestto przejrzysty, silnie cuchnący płyn, który wywiera wpływ na system nerwowy i oddech ale nie na serce. Autor próbował użycia jego w Paryżu na 14 chorych cierpiących na duszność, u 5 z nich było cierpienie serca i wodna puchlina. U 3 chorych na duszność nerwową nastąpiło wyleczenie w 8—15 dniach. W jednym przypadku powikłanym z długotrwałém zapaleniem oskrzeli ustąpiły napady. W 3 przypadkach z rozedmą i w jednym przypadku duszności nerwowéj, który trwał od lat dziecięcych, lek sprawił znaczne polepszenie. W jednym tylko przypadku wypadło zaprzestać używania, gdyż sprawiało nudności i wymioty. Sposób użycia jest następny: wlewa się 4—5 grm. na miseczkę i stawia ją w małym pokoju dla wyparowania a chory pozostaje w tym pokoju po $1\frac{1}{2}$ godziny 3 razy dziennie.

Ω **Dwuchroman potasowy w strupieniu woszczynowym** (*Favus*). Dr. Gavoy poleca następujące leczenie strupienia woszczynowego. Najprzód za pomocą olejku karbolowego i mydła szarego usuwa z głowy pacyjenta strupy, następnie obcina włosy o ile można najkrócéj. Skoro tego dokonano zapisuje się maść:

Rp. Kalii bichromati 0·50—1·00
Axung. porcin. 30·00
Olei caryoph. bergam. āā gtts. III. f. ung.
S. Pomada.

Pomadę tę wciera się rano dokładnie w skórę chorą, i zawdziewa się czapkę flanelową, dobrze do głowy przylegającą. Wieczór znów zmywa się głowę spirytusem mydlanym lub mydłem szarém i ciepłą wodą, poczém znów wciera się maść z dwuchromianem potasowym. Gdyby pomada działała zbyt żrąco, trzeba zmniejszyć dawkę dwuchromanu potasowego i na odwrót. W krótkim już przeciągu czasu ma grzybek (*Achorion Schoenleinii*) ginąć, a włosy gdzie nie uległy jeszcze zupełnemu zniszczeniu odrastać. W razie nawrotu choroby radzi Dr. Gavoy powtórzyć leczenie. (*Courrier médical*).

Ω Renzi zastanawia się obszerniéj nad **działaniem środków przeciwgnilnych w suchotach płucnych, używanych do wziewań.** Praca ta da się streścić w następujących punktach:

1. Wziewania jodu i jodoformu z olejkiem terpentynowym polepszają ogólny stan odżywienia, zwiększają pojemność wdechową i tym sposobem wogóle wpływają do pewnego stopnia leczniczo na zmiany chorobowe w płucach. Gorączka jednak poty nocne, i biegunka nie doznają żadnego polepszenia. Jodoform wziewany w rozczynie olejku terpentynowego łagodzi kaszel i ułatwia wykrztuszanie.

2. Wziewania kwasu siarkowodowego i siarkowego mają również polepszać ogólny stan odżywienia i zwiększać diurezę. Wziewania H_2S zmniejszają ilość oddechów, oddechy stają się łatwiejsze, spokojniejsze a głębsze; kaszel znacznie się zmniejsza a nawet niekiedy ustaje. H_2S na poty i na biegunkę nie ma wpływu.

3. Na podstawie długoletnich badań poleca autor na pierwszém miejscu wziewania olejku terpentynowego, na drugiém wziewania kwasu siarkowodowego. (*Rivista clinica*).

Ω R. Kobert: **Quillaja Saponaria Molina** jako środek zastępujący krzyżownicę cierpką (*Polygala senega*). Badania autora wykazały, że korzeń krzyżownicy cierpkiéj zawiera dwa glukozydy, które jednak napotyka się nie w każdym rodzaju krzyżownicy w handlu się znajdującéj w jednakowéj ilości. Daléj, że glukozydy te znajdują się w korze z *Quillaja Saponaria Molina* w ilości znacznie większéj. Kora Quillaja jest 10 razy tańszą niż korzeń krzyżownicy, a zawiera pięć razy więcéj pierwiastków skutecznych. Lek ten nowy zatém jest 50 razy tańszy od dość drogiéj krzyżownicy cierpkiéj. Odwar z kory Quillaja ma smak o wiele lepszy, przytém ilość skutecznych glukosydów jest prawie zawsze tą samą i nie ulega tym wahaniom jak w *Polygala senega.* Liczne doświadczenia Koberta i jego kolegów robione na chorych z korą Quillaja wykazały, że chorzy lek ten o wiele lepiéj znoszą niż krzyżownicę cierpką. Ta ostatnia w dawkach szczególniéj większych wywołuje często wymioty i rozwolnienie, podczas gdy odwar z kory Quillaja nigdy tego nie sprawia. Odwar z kory Quillaja ma smak słodki, chętnie go téż zażywają dzieci, dla których *Polygala senega* jest wstrętną. Również działanie wykrztuszające kory Quillaja jest o wiele mocniejsze niż korzenia *Polygalae senegae.*

Autor poleca lek ten w postaci odwaru 5:200, łyżkami u dorosłych, łyżeczkami u dzieci. Firma Gehe et Comp. w Dreznie (Neustadt), sprzedaje środek ten także w proszku, można go więc i w téj postaci z korzyścią używać szczególniéj z dodatkiem cukru.

Wrzody w żołądku i kiszkach zdają się stanowić przeciwwskazanie, bo przez miejsca pozbawione przybłonka glukozydy łatwo się resorbują w znaczniejszéj ilości i mogą sprowadzić zatrucie.

Bliższe szczegóły chemiczne i toksykologiczne poda autor na tegorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników w Strasburgu (*Allg. med. C. Ztg.* Nr. 61, 1885).

Ω *The medical Record* z dnia 4 lipca rb. podaje opis następującego **ciekawego przypadku ugryzienia**: 20-letni krawiec został w czasie snu ugryzionym przez dużego szczura w wargę górną i w lewą rękę. Rana nieznaczna szybko się zagoiła i pacyjent na nią uwagi nie zwracał. W 14 dni potém ręka obrzmiała a chory zaczął gorączkować. Stan ten trwał dni kilka, poczém ustąpił, aby znów powrócić w parę tygodni. Teraz obok gorączki i obrzmienia wystąpiła wysypka, złożona z drobnych plam czerwonych i zajęła całe ramię, piersi i plecy. Chory doznawał mocnych napadów dysfagii. Dr. Millot-Charpentier rozpoznał wściekliznę. Napad ten jednak podobnie jak pierwszy ustąpił i pacyjent wyzdrowiał. W ciągu miesiąca następnego wystąpiły jeszcze dwa podobne napady. W sześć tygodni po ostatnim napadzie utworzył się w okolicy ostatniego żebra po stronie choréj guz fijołkowy wielkości jaja kurzego. Równocześnie chory wychudł ogromnie i osłabł, tak, że się na nogach utrzymać nie mógł. Guz bez leczenia zwolna ustępował, a pacyjent dopiero po upływie pół roku przyszedł do zupełnego zdrowia.

Obraz chorobowy jak z jednéj strony odpowiada wściekliźnie, tak z drugiéj ma wiele podobieństwa z objawami wywołanemi przez ukąszenie węża (wysypka, osłabienie, niedokrewność

itd.). Zdaje się więc, że w pewnych warunkach oprócz wścieklizny i jadu wężów, mogą się wytworzyć i inne zwierzęce, podobnie działające, jady.

Ω G. Behrend podaje następujący **łatwy sposób rozróżnienia** *Herpes tonsurans* **od** *Favus*. Włosy z głowy świeżo wyjęte zwilża się chloroformem. Jeżeli we włosach tych znajdował się *Trichophyton tonsurans*, włosy już po 2 lub 3 minutach stracą barwę i zbieleją. Zmiana ta występuje tylko w tych miejscach, które są przerosłe grzybkami. Włosy zdrowe, jakotéż ze skóry dotkniętéj strupieniem woszczynowym nie dają téj reakcyi. Przyczyną zjawiska tego jest, że istota korowa włosa skutkiem bujania *Trichophyton tonsurans* ulega licznym pęknięciom, w które wchodzi powietrze. (*Vierteljahrssch. f. Derm. u. Syph.* Bd. XI).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia Członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk poznańskiego z dnia 18 września 1885.

Obecni koll.: prezes Matecki, Kaczorowski, Świderski, Kapuściński, Święcicki, Koehler i sekretarz.

Kol. Kaczorowski podnosi, że w Poznaniu, jako téż dalszéj i bliższéj jego okolicy, panuje dur jelitowy; zauważa, że w kilku przypadkach prawie w równym odstępie czasu po wystąpieniu choroby pierwotnéj nastąpił powrót jéj, w skutek czego kol. K. skłania się do przypuszczenia, iż w zarazku samym w pewnych warunkach tkwi powód do powrotu choroby, gdyż w przytoczonych przez siebie przypadkach nie popełniono żadnych błędów dyjetetycznych. — Daléj pojawiają się dość liczne przypadki nagminnego zapalenia mózgordzeniowego. W trzech przez siebie leczonych przypadkach w Zakładzie Sióstr Miłosierdzia przebieg nader jest łagodnym, a w jednym nawet tak łagodny, że przy bezgorączkowym stanie tylko równoczesne wystąpienie innych przypadów nakazywało przypuszczać, że ból głowy i sztywność karku ma związek z rzeczoną chorobą.—Kol. Kaczorowski sądzi więc, że podobnie jak dur tak i zapalenie mózgordzeniowe występuje niekiedy w postaci poronnéj.

Kol. Kapuściński podnosi częste pojawianie się zapalenia migdałków i to w najrozmaitszych postaciach. W jednym przypadku dławca wykrztusiło dziecko po użyciu ciepłych okładów rurkę wysiękową 3″ długą. Daléj zauważa kol. K., że często po kokluszu występuje zapalenie płuc.

Kol. Kaczorowski dodaje, że i dur powrotny dość często teraz występuje, a w jednym przypadku powikłany był z zapaleniem płuc. Zapalenia migdałków pojawiające się obecnie mają często skłonność do zropienia, na dowód czego kol. K. przytacza przypadek chorego członka towarzystwa obecnie popisującego się tutaj cyrku węgierskiego.

Kol. Koehler z tegoż cyrku leczył dziecko na zapalenie migdałków, gdzie po przecięciu wyszło dużo nader smrodliwéj ropy.

Sekretarz Wicherkiewicz mówił o chorobie morskiéj i działaniu przeciw niéj kokainu (umieszczono w Przegl. Lek. Nr. 40.).

Nad odczytem tym wywiązała się dość żywa rozprawa i tak kol. Kaczorowski przypomina, że w podróży przed kilku laty podjętéj ze Szczecina na Rugiję, podczas gdy prawie wszyscy chorowali sam jeden z rodziną pozostał wolnym, co przypisuje zachowaniu się w sposób przez prelegenta zalecony. Zjadłszy bowiem posilny objad, popijał wśród drogi często koniak, o którym sądzi, że działa w podobny sposób na żołądek jak kokain.

Kol. Matecki przypuszcza, że ważną rolę odgrywa w chorobie morskiéj osobnicze usposobienie.

Kol. Świderski przypomina swą podróż z Tryjestu do Korfu, podczas któréj kapitan statku postawił przed pierwszy raz podejmującym podróż morską kolegą butelkę koniaku dla odpędzenia grożącéj mu choroby morskiéj, gdy ten środek jednakże nie zdołał zażegnać choroby, kapitan położył kol. S. płatek namoczony chloroformem na żołądek, poczém ustąpiły mdłości, a nastąpił spokojny sen.

Kol. Kaczorowski mniema, ze niedokrewność mózgu, a tém samém podrażnienie nerwu błędnego, sprawia wymioty, na co prelegent odpowiada, że nie przeczy wpływu niedokrewności mózgu na powstawanie wymiotów, lecz nie uważa niedokrewności mózgowéj, jako sprawy pierwszorzędnéj, gdyż jak wyłuszczył w odczycie przekrwienie żołądka i kiszek sprawia niedokrewność odległejszych części ciała, mianowicie głowy, co się objawia bladością twarzy a następnie zawrotem, szumem itd. Pierwsze wymioty lżejsze pochodzą niezawodnie z podrażnienia nerwów żołądka i kiszek, a dopiero późniéj w następstwie niedokrewności mózgu wymioty te potęgują się i już wtenczas kokain nie wywiera żadnego skutku.

W końcu przedkłada sekretarz:

1. Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego zeszyt I. r. 1885. 2. Broszurę Dr. Chawłowskiego „Cholera choroba epidemiczna czyli indyjska“ itd. 3. Rozprawę pana Krassowskiego „Istota cholery azyjatyckiéj i pospolite jéj leczenie.“

Dr. B. Wicherkiewicz.

VI. Sprawozdanie z XII wiecu stowarzyszenia niemieckiego dla higijeny publicznéj, odbytego we Fryburgu w Bryzgowii w czasie od dnia 15—17 września b. r.

Podał Dr. **J. Buszek**, fizyk miejski.

Stowarzyszenie higijenistów niemieckich wybrało na miejsce Zjazdu tegorocznego Fryburg w Bryzgowii, miasto należące do rzędu tych miejscowości, które dotąd nie okazały się przystępnemi dla cholery.

W czasie panującéj cholery w państwie sąsiedniém zapewne i ostatniéj okoliczności przypisać należy, że liczne grono ludzi zajmujących się sprawami zdrowia publicznego podążyło do Fryburga, jakkolwiek leży on na końcu państwa niemieckiego. W nim mogli się przekonać na miejscu nie tylko o wzorowych urządzeniach sanitarnych, ale zarazem przypatrzeć się przy budowie kanałów uwarstwieniu gruntu, jaki właśnie co do szerzenia się cholery ma odgrywać ważną rolę.

Fryburg odznacza się malowniczém położeniem u stóp wysokiéj bardzo góry zalesionéj, powietrzem nader czystém przynęcającém wielu emerytów do osiedlania się a wzrosłszy w ostatnich 15 latach do podwójnéj liczby mieszkańców (przeszło 41.000) stara im się zapewnić warunki nie tylko przyjemnego, ale przedewszystkiém zdrowego pobytu.

To téż zawitało doń przeszło 100 uczestników wiecu. A jakkolwiek brakowało na nim koryfeuszów i twórców dzisiejszéj szkoły higijeny niemieckiéj, zajętych wczęści badaniem przyczyn panującego nagminnie tyfusu w Wiesbadenie, w części zaś niedomagających już z powodu podeszłego wieku, nie przeszkadzało to jednak wcale, aby rozprawy nad przedłożonemi przedmiotami odbywały się z prawdziwém zajęciem i gruntownėm zrozumieniem potrzeb zdrowia publicznego. Również wszyscy korzystali z czasu popołudniowego, aby oglądać wszystkie urządzenia sanitarne.

W tym roku padł wybór na Dra Arnspergera, radcę lekarskiego z Karlsruhe, jako przewodniczącego na posiedzeniach. Przyjętym bowiem zwyczajem ma kolejno co rok przewodniczyć technik, lekarz i prawnik.

Zjazd miał za zadanie:

1) ustanowić zasady, jakiemi kierować się należy przy rozszerzaniu miast;

2) podać środki przeciwko szerzeniu się chorób zaraźliwych w szkołach;

3) wskazać, jakby należało usunąć niedogodności wypływające z zadymienia.

Higijeniści niemieccy mają bogate doświadczenia na wielu miastach ścieśnionych przez wały i rowy, jak postępować należy, aby je przy rozszerzaniu doprowadzić do stanu zapewniającego im wszelkie możliwe warunki miast zdrowych. To też przez referentów trzech, mianowicie dyrektora budownictwa miejskiego z Kolonii Stübbena, starszego burmistrza z Düsseldorfu Beckera i radcę sanitarnego z Kolonii Dra Lenta przedłożone zdania co do pierwszego przedmiotu były wyczerpującemi i przyjęto je z bardzo nieznacznemi zmianami.

Stübben objaśniając uważa rozszerzenie miast w trojakim kierunku za możebne, nagłe rozszerzenie miast ograniczonych, powolne miast otwartych i rozszerzenie ulic wewnątrz miast. Zasady w tym względzie odnoszą się do planu i administracyjnego wykonania. W większéj części miast nie ma atoli planu, następstwa tego osobliwie w miastach fabrycznych są nader szkodliwe. Plan powinien istnieć dla dalekiéj przyszłości. Przy têm należy mieć wzgląd na właściwą szerokość ulic, wolne place itd., jak to w tezach wykazano. Najmniejsza szerokość ulic świeżo zakładanych winna wynosić 15 metrów. Szczególniejszą uwagę trzeba zwracać na położenie względem słońca; głównie zaś co do podworców, ponieważ tam mieszka najwięcéj ludzi. Wolne place są jużto place komunikacyjne, niewchodzące tu w rachubę, bo są i tak z powodu kurzu szkodliwe dla zdrowia, gdy są za wielkie, jużto place wolne od ruchu komunikacyjnego. Ostatnie są ważne pod względem higijenicznym, szczególniéj jako place przeznaczone dla zabawy dzieci i powinny być jak najwięcéj drzewami zasadzone. Na nie musi plan miasta mieć szczególniejszy wzgląd, są one w wielu miastach jedynym ogrodem. Lepiéj mieć w mieście kilka mniejszych ogródków aniżeli jeden wielki park. Wodotryski są również potrzebne bardzo. Co do środków odwodnienia nie chce się referent zajmować bliżéj sprawą kanalizacyi. W małych miastach system beczkowy uważa za najlepszy, w większych system wydalania nieczystości rurami zapomocą ciśnienia powietrza, O systemie rozstrzygają miejscowe stosunki, przyczém powinno chodzić nie tylko o wydalenie, ale także o nieszkodliwość nieczystości. Wreszcie muszą być brane w rachubę względy na gospodarstwo rolne. Za najgorszy system uważa referent gromadzenie odchodów ludzkich w dołach, aby je ztamtąd odsprzedawać rolnikom.

Jednogłośnie uchwalono następujące zasady co do pierwszego przedmiotu obrad:

I. Co do planu: *A*) Każde miasto rozwijające się potrzebuje dla szerzenia się na zewnątrz i poprawy wewnętrznéj jednolitego rozległego planu dla zabudowania miasta, w którymby miano wzgląd na stósowną szerokość i oryjentacyję ulic, na środki komunikacyjne, na place wolne, miejsca zasadzone drzewami (aleje, ogródki, skwery) i publiczne ogrody, na położenie dające możność odwodnienia i ochrony przed wylewami, na urządzenia odwodniające i doprowadzające wodę, na utrzymanie w czystości wód naturalnych bieżących, na właściwe rozmiary gruntu budowlanego, na place przeznaczone pod budowle publiczne i w ogóle zakłady gminne.

B) Plan taki ma obejmować zazwyczaj ulice główne, a poboczne tylko dla tych części miasta, które mają być zabudowane w najbliższéj przyszłości.

II. Co do wykonania: *C)* Przy wykonywaniu planu budowlanego należy przed zabudowaniem, jeżeli tylko można, przeprowadzić w ulicach urządzenia dla odwodnienia i doprowadzenia wody, jako też środki mające za zadanie ochronić wody naturalne bieżące od zanieczyszczenia.

D) Należy unikać używania gnijących albo zdolnych do gnicia materyj do nasypywania ulic i placów budowlanych. Grunta używane do składania takich istot mające służyć pod budowę należy oczyścić, jeżeli mogą istoty te jeszcze ulegać gniciu.

E) Potrzeba dążyć do rozszerzania miasta, o ile tylko można, w jednym ciągu.

III. Co do postanowień policyjnych, statutowych, prawnych: *F)* Przez postanowienia budowniczo-policyjne należy zarazem starać się o to, aby przy nowych i przebudowywanych budowlach zaspokajano wymogi higijeniczne; w tym względzie potrzeba baczyć na przyjęte zasady, jakie uchwaliło Stowarzyszenie higijenistów niemieckich w Mnichowie w r. 1875 co do budowli nowych, przedewszystkiém w nowych dzielnicach miast większych.

G) Przez postanowienie statutowe i prawne należy przyznać gminom prawo:

a) do odmawiania zatwierdzeń planów niezgadzających się z ogólnym planem rozszerzania miasta;

b) do wywłaszczania gruntów potrzebnych do przeprowadzenia planu budowlanego;

c) do zobowiązania budujących, aby koszta założenia ulicy pokrywali do pewnéj szerokości;

d) do zabronienia prowadzenia w pewnych dzielnicach miasta nader uciążliwych przemysłów;

e) do zalecania, aby nowe budowle łączono z urządzeniami do odwodnienia i doprowadzenia wody;

f) do przeobrażenia niezdrowych dzielnic miasta bez wielkich stosunkowo kosztów na drodze rozległych praw wywłaszczenia.

H) Wreszcie należy przyznać stronom prawo wcielania gruntów niezdatnych pod budowę, jako też prawo dające możność stosownego zabudowania przez przybieranie gruntów na drodze przymusowéj, jeżeli chodzi o uzyskanie gruntu zdatnego pod budowę.

IV. *J)* Należy życzyć sobie gorąco tego, aby higijeniczno-techniczne pytania co do rozszerzania miast były więcéj aniżeli dotąd traktowane w szkołach wyższych i stanowiły przedmiot osobnych i wyczerpujących kursów naukowych. (Dok. nast.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 6—12 września umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28,6. Z odry umarło 5 (2 z. t.); z błonicy 2 (3 z. t.); z duru brzusznego 2 (2 z. t.). W tygodniu od 30 sierpnia do 5 września umarło z ospy: w Strasburgu, Petersburgu, Brukseli, Odesie i Bazylei po 1; w Warszawie i Pradze po 2; w Londynie i Rzymie po 3, w Budapeszcie i Zurychu po 4; w Paryżu 5; zachorowało na ospę: w Marienwerder i Edinburgu po 1; w Berlinie 2, w Budapeszcie 10, w Londynie 47, w Wiedniu 57.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 30 sierpnia do 5 września umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,9; w Warszawie 30,7; w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 22,4; w Budapeszcie 24,6; w Pradze 22,5; w Berlinie 27,9; w Hamburgu 25,4; w Gdańsku 28,2; w Kolonii 27,4; w Strasburgu 29,0; w Fryburgu 26,4; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Amsterdamie 19,0; w Bazylei 24,1; w Brukseli 24,9; w Chrystyjanii 24,6; w Kopenhadze 18,9; w Londynie 15,8; w Odesie 37,7; w Paryżu 20,4; w Petersburgu 27,1; w Rzymie 22,5; w Stokholmie 19,7; w Zurychu 19,6. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 września. JE. p. Minister wyznań i oświecenia potwierdził uchwały Wydziału lek. U. J., nadające *veniam legendi* Drowi Stanisławowi Smoleńskiemu i Drowi Wład. Gluzińskiemu, 1mu asystentowi kliniki chorób wewnętrznych.

* Otrzymaliśmy Nr. 1 „Zdrowia“, miesięcznika, poświęconego higijenie publicznéj i prywatnéj, wychodzić mającego w Warszawie pod redakcyją lekarza J. Polaka. Serdecznie witamy nowopowstające czasopismo i życzymy mu powodzenia. Nr. 1szy przedstawia się wcale dobrze; oprócz artykułu wstępnego i rozprawy Dra Jana Kowalczyka o klimatycznych stosunkach Warszawy mieszczą się w nim prace lekarskie, na miejscu właściwém poniżéj wymienione, po których następuje dział sprawozdawczy i kronika. Kilka rycin objaśnia należycie rzecz wyłożoną. Pismo wychodzić będzie w formacie 4to w objętości około 40 stron (80 szpalt).

* Wyszły 2 ostatnie zeszyty IIgo tomu *Biographisches Lexicon*, wychodzącego w Wiedniu i Lipsku nakładem Urbana i Schwarzenberga a obecnie pod redakcyją Gurlta i Hirscha. Tom II kończy się na nazwisku Gwinna, a w ostatnich zeszytach znaleźliśmy życiorysy krótkie następujących lekarzy polskich: Freyera, Fritschego, Fudakowskiego, Gagatkiewicza, Gałęzowskich, Gąsiorowskiego, Gepnera, Gilewskiego, Góskiego, Jana z Grotkowa i Grzymałów.

* **Heidelberg**. Medal złoty Graefego, udzielany co 10 lat za szczególne zasługi koło oftalmologii, nadano po raz pierwszy i jednogłośnie prof. Helmholtzowi w Berlinie; nagrodę zaś Welza przyznano okuliście Drowi Samelsonowi z Kolonii za rozprawę jego o zapaleniu nerwu wzrokowego pozagałkowém.

* **Nekrologija**. W Paryżu umarł d. 5 bm. w 63 roku życia Dr. Lunier, jeneralny inspektor zakładów więziennych i obłąkanych. — W Monachijum umarł w 41 roku życia Dr. Franciszek Schweninger, docent prywatny i lekarz szpitalny. Zmarły był bratem lekarza przybocznego ks. Bismarka. — D. 15 bm. umarł w Londynie, mając lat 77, słynny higijenista i prof. medycyny sądowéj w Kings College Hospital, W. A. Guy.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* 1885, zeszycie II: Pacanowskiego: Pepton w moczu (badanie kliniczne): Rejchmana: Przyczynek do drobnowidowéj morfologii kału. — W *Medycynie* Nr. 39: Rogowicza: Nowe zakłady publiczne dla biednych rodzących w Warszawie (c. d.); Janiszewskiego: Sprawozdanie z czynności oddziału chirurgicznego szpitala św. Jana Bożego w Lublinie.— W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 39: Matlakowskiego: Kilka spostrzeżeń rzadszych postaci zwichnień i złamań (dok.); Sokołowskiego: O włóknistéj postaci suchot płucnych (c. d.). — W *Zdrowiu*: Nr. 1: Malinowskiego Kąpiele i ich zastosowanie umiejętne u noworodków i dzieci; Merunowicza: Pogląd na śmiertelność w Galicyi w 5 latach 1878—1882; Bukowskiego: Badanie mleka i mleko warszawskie.

Redakcyja otrzymała:

Catalogo da exposiçao medica brasileira, realizada pela Bibliotheca da faculdade de medicina de Rio de Janeiro a 2 Dezembro de 1884, Rio de Janeiro 1884, in 8vo str. 638.

Piśmiennictwo lekarskie. RIEGEL FRZ. Caffeïn bei Herzkrankheiten. Mit Taf. gr. 8. Wienbaden, Bergmann. M. 2.

ROSE E. Herztamponade. Ein Beitrag zur Herzchirurgie. gr. 8. Leipzig, F. C. W. Vogel. M. 2.

ADAMKIEWICZ Alb. Neue Rückenmarkstinction. I. Ergebuisse am normalen Gewebe. Mit 2 Taf. Lex.-8. Wien, Gerold's Sohn. M. 4.

BERD P. Le Choléra. 16. Paris, Ollendorff. Fr. 2.

COUDRAY P. Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose. 8. Paris, Asselin. Fr. 3½.

DÜRR E. Die Entwickelung der Kurzsichtigkeit während der Schuljahre. gr. 8. Mit Holzschn. u. 3 Taf. Braunschweig, J. H. Meyer M. 2.50.

ECKART L. Ueb. die Menière'sche Krankheit. gr. 8. Basel Schwabe. M. 2.40.

BABIŃSKI. Etude anatomique et clin. sur la sclerose en plaques. Av. 2. pl. col. 8 Paris, Masson. Fr. 3½.

BERNARD. De l'aphasie et de ses diverses formes. 8. Paris. Delahaye et L. Fr. 1½.

BERNSTEIN L. Beitr. zur Lehre von der puerperalen Involution des Uterus. gr. 8. Mit 1 Taf. Dorpat, Karow. M. 1.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie d. 7 października o godzinie 6éj wieczór w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. prof. Browicz przedstawi przypadek rozszerzenia żył wrodzonego i poda uwagi o żylakach, poczém 2) kol. Trzebicky będzie miał rzecz o litolapaksyi w stosunku do cięcia kamienia podbrzusznego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 60 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 10 października 1885. № 41. Rok XXIV.

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

XX.

Morderstwo i podpalenie czy śmierć przypadkowa?

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

D. 5 lutego 188. zgorzała chata Piotra D., a wśród katastrofy wydobyto z gorejącéj izby zwłoki Pazi D., żony Piotra. Na podstawie krążących pogłosek oparto podejrzenie przeciw Piotrowi D., iż on sposobem zbrodniczym żonę swoję życia pozbawił, a następnie sam podpalił chatę dla ukrycia poszlaków zbrodni. Zeznania matki Pazi D. i innego świadka zdawały się przemawiać przeciw obwinionemu. W skutek tego Sąd zarządził dochodzenie, a sekcyja sądowa, uskuteczniona d. 7 lutego przez Dra A. i chir. B. wykazała co następuje:

O g l ę d z i n y z e w n ę t r z n e: 1) Zwłoki kobiety około lat 18 liczącéj, wzrostu małego, dobrze odżywionéj i zbudowanéj, z plamami pośmiertnemi wybitnemi po stronie grzbietowéj, ze stężeniem pośmiertném w stawach strony prawéj nierównie większém niż strony lewéj. 2) Włosy na głowie prawie w zupełności spalone aż do skóry, tylko na potylicy znajdują się włosy rozplecione. 3) Skóra na gładyszce zczerniała, a na głowie brudno-żółto opalona, nad okiem lewém zaś pęknięta. Pęknięcie to ułożone prawie równolegle do łuku brwiowego powyżéj oka lewego na 5cm., pęknięcie to długie około 2cm. o brzegach nie równych z wrębami zesmolonemi, po nacięciu zaś w tém miejscu poprzecznie do pęknięcia nie widać żadnego podbiegnięcia krwią. Obie małżowiny uszne zczerniałe i zwęglone, bardziéj małżowina lewa niż prawa. Skóra na czole i twarzy brudno-żółtawo zabarwiona, przy dotyku sucha, a przyskórek zaschły, skurczony tworzy strup. Koniec nosa opalony, zaschły, zastrupiały, tak samo warga górna i dolna jamy ust, w skutek czego zęby obu szczęk bardziéj wysterczają. Szczęki obie mocno przylegają do siebie, a pomiędzy niemi widać koniec języka wciśnięty, zaczerwieniony, nigdzie jednak nie uszkodzony. Po rozwarciu jamy ust wprwadzony palec nie znajduje ciał obcych. 4) Powieki téż trudno rozróżnić, rzęsy i łuk brwiowy opalony, na powierzchni powiek przyskórek strupiały, powieki skurczone, a po rozwarciu ich rogówki zamglone, spojówki przekrwione, źrenic zaś trudno dojrzeć. Na około szyi, bardziéj jednak po stronie prawéj, widać rąbek okrążający szyję do 2cm. szeroki i różowo zabarwiony, na którym przyskórek zupełnie zaschły przy dotyku jakby pergaminowy. Rąbek ten nie jest wszędzie jednostajnie różowo zabarwiony, są téż i miejsca, w których skóra mniéj oparzoną, po nacięciu miejsc tych nie widać nigdzie ani podbiegnięcia krwi ani téż przekrwienia tkanki podskórnéj. 5) Bark prawy, jakotéż i lewy brudne, żółtawo zabarwione, skóra przy dotyku sucha, jakby pergaminowa, przez którą widać żyły niebieskawo zabarwione. Takie samo zabarwienie skóry widać na całéj zewnętrznéj stronie lewéj, miejscami z podniesionym przyskórkiem lecz zaschłym już i oddzielającym się. Po stronie prawéj zaś począwszy od pachy aż ku dołowi stawu kolanowego liczne miejsca różowo zabarwione, kształtu nieregularnego, wielkości talara, miejscami zaś na dłoni podobne zabarwienia jak na szyi, w których to miejscach przyskórek suchy zupełnie. Po nacięciu tych miejsc nie widać również żadnego przekrwienia, ani téż podbiegnięcia krwi. 6) Na częściach rodnych zewnętrznie nie widać żadnych zmian. 7) Śladów zresztą jakiegobądź gwałtu za życia zadanego wyśledzić nie można.

O g l ę d z i n y w e w n ę t r z n e. 8) Po nacięciu skóry na głowie i po odpiłowaniu kości czaszkowych przedstawiają się takowe budowy prawidłowéj, dosyć grube, nigdzie nie uszkodzone. Opony mózgowe tak twarde jakotéż i miękkie prócz przekrwienia nie przedstawiają zresztą żadnych zmian. 9) Mózg z rowkami prawidłowemi, na powierzchni przekrwiony, na przekroju zaś widać również znaczną ilość punktów czerwonych po przeciętych naczyniach, konsystencyja tegoż prawidłowa. W komórkach mózgowych prawidłowa zresztą

ilość i jakość cieczy mózgowéj. 10) Na podstawie mózgu również zmian żadnych. 11) Mostek Varola, rdzeń przedłużony, jakotéż móżdżek, prawidłowy. 12) Na podstawie czaszki żadnych nieprawidłowości. 13) Po roztwarciu tchawicy mała ilość cieczy pienistéj, ciemnowiśniowo zabarwionéj. Po otwarciu jamy płuc, takowe nie wysterczają ponad klatkę piersiową, oba płuca w górnych częściach nieznacznie poprzyrastane, o powierzchni gładkiéj; na przekroju wydziela się ciecz pienista w znacznéj ilości, barwy ciemnowiśniowéj. Płuco przy dotyku miększe, elastyczne, podatne, wszędzie zawierające powietrze. Na powierzchni płuc widać tu i owdzie punkty wielkości główki od szpilki różowo zabarwione, na przekroju zaś tego miejsca widać przekrwienie. 15) Przy otwarciu osierdzia takowe zawiera około 20grm. cieczy płynnéj, żółtawo zabarwionéj, surowiczéj. Na powierzchni wewnętrznéj osierdzia widać również parę punktów różowo zabarwionych. Serce w stanie skurczu, komórka prawa nie zawiera krwi, komórka zaś lewa zawiera znaczną ilość krwi płynnéj, barwy ciemnowiśniowéj. Skrzepów żadnych. Zastawki żylne, jakotéż zastawki aorty zupełnie prawidłowe. Miąższ serca kruchy. 16) Wątroba wielkości prawidłowéj o powierzchni gładkiéj, brzegach równych, na przekroju wyciska się sporo krwi żylnéj, miąższ przy dotyku kruchy. 17) Śledziona wielkości prawidłowéj, na przekroju zmian żadnych. 18) Nerki obie znacznie powiększone, o powierzchni gładkiéj, torebka łatwo schodzi, na przekroju tak istota korowa, jakotéż istota rdzenna, szczególnie zaś piramidy w wysokim stopniu przekrwione. Przy dotyku miąższ kruchy. 19) Żołądek wypełniony treścią na pół płynną, w niéj jeszcze resztki nie strawionéj kapusty i ziemniaków. Po oddaleniu treści błona śluzowa w paru miejscach przedstawia się jako przekrwiona. 20) W kiszkach tak grubych jakotéż i cienkich zmian żadnych. 21) Pęcherz zawiera małą ilość cieczy jakby piwnéj, ściany zaś jego prawidłowe. 22) Macica na przekroju nie przedstawia zmian żadnych.

Na podstawie sekcyi pp. obducenci wydali następujące orzeczenie:

1) Najważniejsze zmiany znalezione przy otwarciu zwłok jokoto: *a)* krew płynna barwy ciemnowiśniowéj, *b)* wybroczyny na opłucnéj i na osierdziu, *c)* przekrwienie wewnętrznych organów: mózgu, płuc i nerek, przemawiają za śmiercią w skutek uduszenia, gdyż obdukcyja nie dostarcza zresztą żadnych zmian patologicznych organów wewnętrznych, z którychby wnosić można o innéj przyczynie śmierci.

2) Oględziny zewnętrzne nie dostarczają chociażby najmniejszych śladów gwałtu za życia zadanych, a rozległe oparzenia zajmujące prawie połowę powierzchni ciała, jak badanie przez nacięcie prawie każdego miejsca wykazuje, powstały po śmierci a nie za życia.

3) Oparzenia tak rozległe, gdyby za życia powstały były, niezawodnie śmierć za sobą pociągnąć by musiały.

W miesiąc późniéj w skutek zapytania c. k. Prokuratoryi pp. obducenci wydali jeszcze orzeczenie dodatkowe téj treści:

Na postawione nam pytania ze strony c. k. Prokuratoryi, a mianowicie:

1) Czém uduszenie wywołane zostało, lub czém wywołane być mogło, czy nie w skutek zatkania przewodu oddechowego? oświadczamy, że uduszenie ani przez zduszenie szyi, ani zagardlenie, ani téż przez zadławienie nie nastąpiło; mogło tylko nastąpić przez zatkanie jamy ust innym jakimś przedmiotem miękkim, np. odzieżą jakąś. Jest to jednak przypuszczenie nasze, gdyż obdukcyja wykazała tylko śmierć z uduszenia, zaś na przypuszczenie nasze dowodów dostarczyć nie może.

2) Co do drugiego pytania, mianowicie, czy uduszenie nie nastąpiło w skutek dymu, który podczas pożaru mógł się nagromadzić w chałupie, oświadczamy: że znalezione zmiany nie przemawiają za śmiercią z zaczadzenia; w skutek połączenia się tlenku węgla z hemoglobiną mamy krew płynną barwy jasnoróżowéj, plamy pośmiertne wybitnie różowe i jasnoróżowe zabarwienie trzew; w naszym przypadku zaś, jak w protokole sekcyjnym stwierdzono, tych zmian nie było. Nie znaleziono również żadnych oznak zewnętrznych, mianowicie żadnego kopcia ani na błonach śluzowych jamy ust i nosa, ani téż na błonach śluzowych tchawicy, co również przemawia przeciw zaczadzeniu. Wobec tego zaniechaliśmy dalszego poszukiwania za zaczadzeniem, a mianowicie badania spektralnego krwi i prób podanych przez prof. Salkowskiego.

Ponieważ więc pp. znawcy podali jako przyczynę śmierci Pazi D. uduszenie jakimś przedmiotem miękkim, wykluczając śmierć przez zaczadzenie, Sąd dla ważności przypadku żądał orzeczenia od Wydziału lek., przesyłając akta śledcze, a obok nich warkocz włosów kobiecych, znaleziony w przyległéj izbie; warkocz ten zbadali pierwsi znawcy i orzekli, że końce głowowe włosów są zwęglonemi. Tymczasem badanie w zakładzie sądowolekarskim wykazało końce gładko odcięte bez śladu zwęglenia.

Orzeczenie Wydziału opiewało:

1) Twierdzenie pp. obducentow, jakoby Pazia D. umarła z uduszenia gwałtownego, nie znajduje należytego poparcia w protokole sekcyjnym.

2) Przeciwnie śmierci z zaczadzenia żadną miarą wykluczyć nie można; przemawiają za nią okoliczności śmierci towarzyszące, a zabarwienie ciemnowiśniowe krwi wszędzie płynnéj wcale nie dowodzi, że zaczadzenia nie było. Pewności w téj mierze można było nabyć przez badanie wstępne chemiczne i spektralne krwi, czego jednak nie uskuteczniono.

3) Uwzględniając wszystkie okoliczności należy oświadczyć się raczéj za śmiercią z zaczadzenia lub z oparzenia aniżeli z uduszenia gwałtownego, którego wprawdzie stanowczo wykluczyć, ale i przypuścić z pewnym stopniem prawdopodobieństwa nie można.

4) Załączony do aktów warkocz włosów pochodzi z głowy kobiety; liczne poszczególne włosy, badane w zakładzie sądowolekarskim, okazały się gładko odciętemi, a śladu zwęglenia nigdzie nie znaleziono; z czego wynika, że włosy te, jeżeli pochodzą z głowy Pazi D., poprzednio zostały odcięte i ze śmiercią jéj w żadnym nie pozostają związku.

Obwiniony o zamordowanie zdradzieckie żony swéj tłumaczył się, że przebudziwszy się w nocy i widząc, że chata się pali, obudził przedewszystkiém żonę, a gdy ona podnosiła się, przekonany, że jest dostatecznie ostrzeżoną, wybiegł z izby, aby wyprowadzić krowy na pole, co uczyniwszy nie troszczył się więcéj o żonę, w mniemaniu, że jéj już nie ma w chałupie palącéj się. Czy tłumaczenie się to zasługuje na wiarę lub nie, to ocenić nie jest rzeczą znawcy lekarskiego; natomiast zdaniem jego jest roztrząsać, czy rzecz tak mieć się mogła, a względnie czy badanie lekarskie daje podstawę do twierdzenia, że śmierć kobiety nie była przypadkową lecz gwałtownie przez osobę drugą sprowadzoną.

Otóż pp. obducenci nie znaleźli żadnego śladu gwałtu, a jakkolwiek niemożność wykazania śladów urazu na trupie po części zwęglonym jeszcze nie wyklucza urazu, to jednak słusznie przypuścić musieli, że jeżeli uduszenie gwałtowne nastąpiło, wtedy ono miejsce mieć mogło tylko w skutek zatkania pierwszych dróg oddechowych za pomocą przedmiotu miękkiego, śladu nie pozostawiającego. Inna rzecz, czy można istotnie przypuścić uduszenie gwałtowne, czy w ogóle można było przypuścić uduszenie? Pomimo całéj wątłości dyjagnostyki śmierci z uduszenia zgadzamy się chętnie na to, że w tym przypadku można było i należało nawet oświadczyć się za śmiercią z uduszenia. Kobieta młodziutka, przedtém zdrowa, wydobytą zostaje z chałupy palącéj się nieżywa ze zmianami powierzchownemi, pochodzącemi od oparzenia, a krew płynna, wynaczynionki podopłucnowe, zaklinowanie języka, istotnie za uduszeniem przemawiają. Ale czy śmierć nie nastąpiła z oparzenia, w ogóle skutkiem działania ognia? I téj możności wykluczyć nie można, ale przypomnieć sobie wypada, jakim sposobem najczęściéj giną ludzie w katastrofie ogniowéj. Otóż giną oni najczęściéj z otrucia tlenkiem węgla, wywięzującego się z ognia powstałego w miejscu zamkniętém, a śmierć z tlenku węgla ostatecznie także jest śmiercią z uduszenia. Ponieważ pp. obducenci nie mogli wykazać, że zmiany z oparzenia pochodzące powstały za życia, a tém samém nie mieli dowodu, czy śmierć powstała z oparzenia, więc pozostało tylko uduszenie jako przyczyna śmierci, a, jak wspomnieliśmy, istotnie wszystko za niém przemawiało. Wykluczając śmierć z zaczadzenia doszli loicznie do wniosku, że śmierć nastąpiła z uduszenia ręką obcą. Zachodzi jednak pytanie, czy mieli prawo wykluczenia śmierci z zaczadzenia? Na poparcie swego zdania pp. znawcy przytaczają: brak jasnoczerwonego zabarwienia krwi, trzew i skóry oraz brak kopcia na błonach śluzowych ust, nosa i tchawicy; wynik ten ujemny uważają za tak wymowny, że zaniechali dalszego badania spektralnego. Otóż jak obecność kopcia na błonach śluzowych ma niejakie znaczenie rozpoznawcze, tak brak onego żadnego nie ma znaczenia; barwa jaśniejsza krwi i tkanin jest o wiele ważniejszą, bo obecność jéj naprowadza nas najczęściéj na domysł, że mamy do czynienia z otruciem tlenkiem węgla; brak jéj atoli nie wyklucza jeszcze tego otrucia, bo jeżeli w czadzie obok tlenku węgla mieści się względnie dużo gazu CO_2, wtedy barwa krwi i tkanin pozostaje ciemno-czerwoną. Wątpliwość usuwa tylko badanie spektralne i inne próby chemiczne, badania tego więc w danym przypadku tém mniéj zaniechać wypadało, o ile w razie dodatniego wyniku, z uwagi, że po śmierci tlenek węgla do ciała się nie dostaje, można było stanowczo rozpoznać śmierć z zaczadzenia i uwolnić człowieka od podejrzenia, że żonę swoją życia pozbawił w sposób gwałtowny, — w razie zaś wyniku ujemnego daną byłaby podstawa pewniejsza do przypuszczenia śmierci z uduszenia gwałtownego, jeżeli pp. obducenci nabyli przekonania, że zmiany oparzelinowe powstały dopiero po śmierci, a więc nie mogły być jéj przyczyną.

W każdym razie przypadek był wątpliwy, a wątpliwości dała wyraz sama c. k. Prokuratoryja, zadając pytanie, czy śmierć kobiety nie mogła nastąpić skutkiem zaczadzenia; w takich zaś przypadkach zasadą lekarza sądowego być winno: *in dubio mitius*.

Warkocz, o którym wyżéj była wzmianka, w przypadku niniejszym podrzędną odgrywał rolę. Przypuściwszy, że on istotnie pochodził z głowy denatki, to obojętną było rzeczą, czy on odpadł skutkiem działania ognia lub został ścięty; przynajmniéj nie domyślamy się, jakie znaczenie mieć mogła jedna lub druga ewentualność. Sprzeczności w wyniku badania naszego i pp. obducentów wytłumaczyć nie umiemy: nic łatwiejszego, jak rozpoznać pod mikroskopem, czy koniec włosu jest zwęglony lub odcięty, a myśmy śladu zwęglenia nie znaleźli.

II. O leczeniu duru brzusznego.

(Wykład w Sekcyi lwowskiéj Tow. Lek. galic we Lwowie. 7 lutego 1885).

Napisał Dr. W. Pisek,
b. asystent Uniw. Jagiell., i lwowskiego szpitala powszechnego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39).

Przejdziemy kolejno szczegółowe twierdzenia. Autor przytacza Griesingera i Briqueta, że chininu nie trzeba używać *in specie* w durze! Wszakże nikt teraz nie twierdzi, że istnieje „metoda chininowa“ dla duru! a Briquet występuje przeciw uogólnieniu takiéj terapii, na co się wszyscy zwolennicy antipyrezy zgadzają. Co do Griesingera to przypominam, że pisał blisko przed 20 laty. Zdanie Petersena przez autora cytowane absolutnie niczego nie dowodzi, całkiem słusznie odwołuje się jednak do Dujardin-Beaumetza, Hardyego, Kaczorowskiego, Jerzykowskiego, a po części tylko Winternitza. Przeciw powyższym argumentom można następujące szczegóły przytoczyć. Chininu w durze nie używa się zawsze. Jest on tylko środkiem pomocniczym, szczególniéj gdy nie można użyć procedur hydroterapeutycznych lub gdy skutek tychże jest nieznany. Dawka Liebermeistra wynosi $1\frac{1}{2}$—3grm. (podzielonych na kilka dawek co 10 minut) i to raz na 48 godzin. Na dziesięćtysięcy dawek od skrupulu (1·50grm.) do trzech gramów nie dostrzegł ani razu tenże autor niekorzystnych przypadów. Całkiem słuszną jest przestroga Liebermeistra, że i nóż chirurga w ręku niewprawnego operatora może dużo nieszczęścia sprowadzić. Pomijam liczne inne dowody, ale jeszcze chcę przytoczyć zdanie prof. Korczyńskiego w tym względzie [1]: 2—3grm. chininu na dawkę i dobę uważa jako dawkę średnią..; po jednorazowém podaniu 6grm., w kilku przypadkach, nie uważał żadnych groźnych przypadów z wyjątkiem objawów zwykłych, powstających często po większych dawkach chininu; nie przeczy jednak, że chinin w téj ilości naraz podany nie jest bynajmniéj lekiem obojętnym i że może wywołać groźne przypady. Niemniéj stwierdza fakt, że zapał do bardzo wielkich dawek chininu znacznie się zmniejszył. Na powyższe wywody zgadza się dziś najzupełniéj ogół lekarzy, a z chininem wcale nie tak źle, jak to kol. Dr. J. zdaje się widzieć. Również i w zeszłym roku na Zjeździe w Kopenhadze zaznaczył Liebermeister dobitnie, że chinin może być podawany, jeśli zachodzi potrzeba, bez wszelkiego wahania w dostatecznéj ilości. Trzeba jak wobec każdego innego leku uwzględnić oprócz choroby a więc i czasu podania chininu także, co jak sądzę nieraz jest ważniejszém, i chorego. Nie przeczę, że mogą być i bywają często wyjątki od reguły, że jak dla każdego leku innego znajdzie się i dla chininu

[1]) Trzy przypadki duru brzusznego zakończone śmiercią u kobiet z wrodzoną wąskością układu tętniczego. Znaczenie błednicy wrodzonéj w durze brzusznym. Przegląd Lek., 1879. — Dyskusyja w Tow. lek. krak., 23 kwietnia, 1879. Przegl. Lek. Nr. 20.

chory idyjosynkratyczny, ale dla tego całkowicie potępiać ten środek byłoby nieusprawidliwionêm, do tego trafnie stosują się słowa Nothnagla i Rossbacha: Zdarzają się czasem tak gwałtowne pożary, że ich woda nie ugasi, czyżbyśmy zatêm wcale nie mieli używać wody do gaszenia.

Na jeden jeszcze na pozór drobny szczegół, choć może nie bez wartości, zwracam uwagę. Dowiedzieliśmy się w ostatnich czasach o wykrytych znacznych sfałszowaniach chininu — między innemi we Francyi — sądzę, że i czystość preparatu dość ważną odgrywa rolę. Zbytecznêm jest wejść tu w szczegółowy rozbiór fizyjologicznych i leczniczych własności chininu. Nigdzie w dziś przyjętych ogólnie teoryjach działania chininu nie znamy wcale takich ujemnych stron, któreby jak na teraz usprawiedliwiły potępienie tego środka w durze brzusznym. Wobec najnowszych doniesień wkrótce zamiast chininu wejdzie może w ogólne użycie antipyryn [1]) skutecznie zastępujący chinin, według Guttmanna i Tillmansa, którzy go stosowali w durze brzusznym lub i talin, o którym jednak mało jeszcze wiemy.

Rola, jaką odgrywa kwas salicylowy i przetwory jego w leczeniu duru brzusznego jest bardzo podrzędną, dziś przynajmniéj skoro liczne w tym względzie istnieją doświadczenia. Ztąd téż tylko wyjątkowo używa się kwasu salicylowego wzgl. salicylanów a do uwag przytaczanych przez autora dodać można to, że dziś właśnie z przyczyny zaburzeń w przewodzie pokarmowym, recydyw częstszych, zboczeń umysłowych po intoksykacyi salicylanami skłonili się lekarze obecnie do zaniechania użycia w durze brzusznym przetworów kwasu salicylowego. J. Zülzer (*Real-Encyklopädie v. Eulenburg. 2 Aufl. Abdominaltyphus*) w najnowszéj pracy o durze brzusznym tego samego jest zdania.

A wreszcie co do hydroterapii w durze przytacza autor zdania francuskich lekarzy, u których w ogóle nigdy ten sposób leczenia nie mógł się zaaklimatyzować, choć z cytowanych oświadczeń Petera, Dujardin-Beaumetza, Sêea i w. i. nie widać, iżby byli w stanie podać ściśle naukowe dowody przeciw hydroterapii duru brzusznego. Natomiast istnieje, pomimo protestu niektórych niemieckich klinicystów, prawie olbrzymi materyjał doświadczalny przemawiający na korzyść umiejętnie stosowanéj hydroterapii w durze brzusznym. Częstość recydyw w istocie zdaje się być w téj metodzie nieznacznie większą, co jednak wobec niewątpliwych wielkich korzyści jest podrzędnego znaczenia. Przedewszystkiêm jesteśmy w stanie za pomocą procedur hydroterapeutycznych najczęściéj obniżyć cieplotę wygórowaną. Z téj jednéj korzyści płyną inne pomyślne skutki a mianowicie zapobiegamy w pierwszym rzędzie wyniszczeniu, raczéj porażeniu serca i następstwom tegoż ze zbaczającego krążenia krwi pochodzącym, zapobiegamy również i ciężkim objawom ze strony układu nerwowego, a nawet wprost porażeniu mózgu. Hydroterapija działa tu jak chinin i umożliwia to, czego w ogóle żądać można od terapii duru brzusznego, aby chory przeżył chorobę. Obniżając wygórowaną ciepłotę, choćby nieznacznie, za pomocą zabiegów hydroterapeutycznych wypełniamy równocześnie cały szereg ważnych wskazań. Chočbyśmy tylko zmniejszyli nieprawidłową częstość uderzeń serca w jednostce czasu, już têm samêm znaczne osiągamy korzyści. Nie zapominajmy, że prawo Dondersa jeszcze i dziś ma znaczenie, że czas trwania skurczu serca jest wśród różnych okoliczności niezmiennym, że jeżeli serce częściéj się w jednostce czasu kurczy, to zmniejsza się czas trwania rozkurczu, chwila ważna dla dopływu krwi przez tętnice wieńcowe do mięśnia sercowego, że zatêm gorączka oprócz zmiany jakości materyjału odżywczego upośledza w ogóle możność odżywienia serca. A żaden środek nie działa tak wydatnie przeciwgorączkowo w tym kierunku, jak właśnie zabiegi wodolecznicze, które nietylko stanowczo obniżają ciepłotę, ale rozumnie i w stosownéj chwili użyte, stają się nieraz dzielnym środkiem podniecającym, zapobiegającym zapadowi, zmniejszającym przeszkody w krążeniu itd. Korzyści te wszystkim dziś lekarzom są znane a przypadki niestosowania wodoleczenia w durze brzusznym pochodzą w przeważnéj części ztąd, że zbyt wiele wymagają zachodów i osobistego przykładania się ze strony i otoczenia chorego i lekarza, na co znów nie każdego chorego stać. Nie tu miejsce zresztą wejść w szczegółowy rozbiór téj kwestyi, któréj tylko z lekka dotknęliśmy, inaczéj musielibyśmy wszystko to powtórzyć, co od lat kilku z ust pierwszorzędnych klinicystów słyszymy, na co wreszcie nieuprzedzeni własnêm okiem przy łóżku chorego patrzymy. Tym pojęciom dał téż wyraz i Zjazd klinicystów niemieckich w r. 1882 odbyty, z którego również zdałem sprawę w Przeglądzie Lekarskim (Nr. 22, z r. 1882). Zajęto się szczegółowo leczeniem przeciwgorączkowêm a pomijając inne z ogólnie przyjętemi zasadami w zgodzie będące tezy przytaczam punkt trzeci z referatu Liebermeistra i Riessa: że bezpośrednie odejmowanie ciału ciepła kąpielami chłodzącemi należy uważać jako podstawę leczenia przeciwgorączkowego! Daléj przytaczam bez wszelkiego komentarza ustęp z przemówienia Riessa: ostrzega on kolegów, aby żaden nie ważył się, opierając się na odkryciach nowoczesnych o grzybkowéj przyrodzie chorób zakaźnych, zaniedbywać leczenia przeciwgorączkowego. To téż Zjazd klinicystów, nie zaprzeczając wcale korzystnym skutkom pewnych leków w pewnych okresach duru brzusznego, jak np. kalomelu, nie wątpiąc, że i dla duru brzusznego przyjdzie, podobnie jak dla zimnicy, dla kiły, dla ostrego gośćca stawów, czas, w którym będzie leczony środkiem swoistym, uznał w ogólności jak na dziś antipyrezę za niezbędną. To samo prawie powtarza Liebermeister na Zjeździe w Kopenhadze w r. z. (Teza III). Podstawą antipyrezy są kąpiele ochładzające. Antipyreza téż przeważnie tam wykazuje pomyślne wyniki, gdzie podstawę leczenia stanowiło użycie kąpieli zimnych.... Najstosowniejsze okazały się kąpiele o ciepłocie 20°C. lub nieco niższéj, trwające minut dziesięć.

Z poszukiwań teoretycznych wykazujących całą doniosłość antipyrezy przytaczam tylko jednę pracę ważniejszą. Jestto studyjum doświadczalne Sassetzkiego, o czêm w swoim czasie obszernie zdałem sprawę w Przeglądzie Lekarskim (Nr. 11 i 12 z r. 1884). W tym samym kierunku istnieje już wprawdzie cały szereg prac mniéj lub więcéj dokładnych, które jednakże wszystkie w głównych wynikach ze sobą się zgadzają (Barth, Bauer i Künstle, Kramsztyk co do chininu). Na podstawie ścisłych ilościowych rozbiorów chemicznych można się przekonać, w jak wysokim stopniu wpływają kąpiele zimne u chorych tyfusowych na przemianę materyi, o ile chinin i kwas salicylowy mniéj korzystnie działają. Otóż co do faktu, że kąpiele zimne w tyfusie zmniejszają konsumcyję ustroju, mniejsza o sposób

[1]) W kilku przypadkach duru brzusznego i osutkowego stosowałem w miesiącu maju i czerwcu r. b. antipyryn z lepszym od chininu skutkiem. Antipireticum bardzo dobre, może najlepsze w durze brzusznym, ale i nic więcéj.

tłumaczenia, to dziś już nikt temu nie zaprzecza. Lecz z doświadczeń Sassetzkiego wynika inny wielkiéj doniosłości fakt, że przyswajanie części stałych i azotu mleka pod wpływem zimnych kąpieli odbywa się znacznie lepiéj, aniżeli bez nich. Mniéj korzystnie choć zawsze dodatnio działają tu chinin i salicylan sodowy. Okoliczność ta jest cyframi stwierdzona. Nie chcę się daléj rozwodzić, po bliższe szczegóły odsyłam do téj pracy. Otóż sądzę, że ten jeden szczegół dużo znaczy i potrafi przekonać najzagorzalszych przeciwników antipyrezy, bo przecież i tym nie chodzi o to, aby zabijać bakteryje, ale żeby chory żył.

Przeciwnicy dzisiejszego sposobu leczenia odwołują się wciąż do nowych zdobyczy bakteryjologicznych w tyfusie. Zapominają oni, że wcale nie wystarcza znać laseczniki, wśród choroby się jawiące, znać nawet swoiste laseczniki jakiegoś cierpienia, znać środki niszczące, oczywiście w pracowni doświadczalnéj, oraz pasorzyty, nie wystarczy to wcale do leczenia téjże choroby, zapominają, że jedynie i wyłącznie bezpośredni korzystny wynik na człowieku chorym może uprawniać do jakiegoś dodatniego twierdzenia. Dziś z całą dokładnością znamy laseczniki wąglika, róży, laseczniki gruźlicy, laseczniki duru brzusznego powrotnego, błonicy, zimnicy, trądu, a może i laseczniki cholery, a terapija tych chorób czy o wiele zmieniona? Zobaczmy teraz, o ile nasze wiadomości w tym względzie uprawniają nas do antisepsis w durze brzusznym a porzucenia antipirezy; odpowiedzmy sobie na pytanie, czy dziś inaczéj pojmujemy przyczynę śmierci w durze, aniżeli przed odkryciem pasorzytów, co więc dziś uważamy za przyczynę śmierci, jak i co właściwie mamy leczyć w durze brzusznym.

Otóż dziś znamy [1]) dwojakiego rodzaju laseczniki *Bacillus typhosus* Ebertha i *Bacillus typhosus* Klebsa, oba rodzaje różnią się nieco od siebie, zdaje się, że sąto te same laseczniki w dwóch różnych okresach rozwoju lub téż, co Zuelzer przypuszcza, pewne właściwości epidemii (w Pradze i Zurychu) odgrywają tu rolę [2]). Lasecznik Ebertha przedstawia się w postaci pręcików, o konturach ostrych, treści jednostajnéj a niektóre zawierają 1—3 ziarnek słabo połyskujących, często widać te pręciki po dwa, rzadziéj po 3—4 zespolone. Jako różnicę tych laseczników od grzybków gnilnych prawie téjże saméj wielkości a łatwo się barwiących stwierdzono trudne zabarwianie się grzybków durowych (hematoksylinem, przez barwik brunatny Bismarka, błękit metylowy); tylko gdy laseczniki te na szkiełku przedmiotowém zaschły, barwią się silnie. Friedländer w Berlinie wykrył w tych grzybkach jeszcze miejsca jaśniejsze, jak gdyby ubytki koliste lub eliptyczne w pobliżu końca lasecznika, tak że całość przypominala uszko igły. Laseczniki te znajdują się w śledzionie, w gruczołach krezkowych i we wszystkich częściach jelita, które zwykle w durze w postaci cechującéj ulegają schorzeniom, nie wyjmując ściany jelita najgęściéj zazwyczaj przez laseczniki nawiedzanéj, szczególniéj w naczyniach limfatycznych pomiędzy warstwami mięsnemi. Im dłużéj trwa dur brzuszny, tém mniéj napotyka się laseczników, tak że w przecięciu po 23 dniu zazwyczaj wykryć ich nie można. Najważniejszym dowodem swoistości tych grzybków dla duru brzusznego, a mianowicie związku ich z durem, jest to, że nie można ich jak dotąd wykryć w żadném innem schorzeniu, w żadnych nawet wrzodziejących sprawach jelit.

Lasecznik Klebsa nieco odmiennie się przedstawia. Sąto nitki cienkie, 250 razy dłuższe niż ich grubość wynosi (0·2 μ. grube, 50 μ. długie). Nierozwinięte znów laseczniki są znacznie mniejsze i o wiele grubsze z widocznemi zarodnikami na końcach. Późniéj prawdopodobnie laseczniki się wydłużają i w poprzek dzielą a z nich dopiero rozwijają się owe postacie nitkowate. Ta postać może się grupować rozmaicie, w utkaniu np. w gęstych mycelijach, we krwi znów jako równoległe, kręte nitki. (Dok. nast.)

[1]) Klebs: *Der Bacillus des Abdominaltyphus. Arch. f. exp. Path.* 1880, XII, pag. 231; 1881, XIII, 381. — Eberth: *Die Organismen in den Organen bei Abdom. Typhus. Virchows Archiv.* 1880, Bd. 81, Bd. 83. — Gaffky: *Zur Ätiol. d. Abd. Typhus. Mitth. d. kais. Gesund. Amt*, II, 372. — Cramer: *Gutachten über das Züricher Brauchwasser*, 1884.

[2]) W naciekach rdzeniastych w epidemii praskiéj było daleko więcéj laseczników, powtóre daleko więcéj było przypadków nader ostro przebiegających niż w Zurychu.

III. Z pracowni chemii lekarskiéj prof. Dra Stopczańskiego i z oddziału chorób wewnętrznych prof. Dra Pareńskiego.

Doświadczenia nad antipyrynem, jako środkiem przeciwgorączkowym z uwzględnieniem jego wpływu na przemianę materyi.

Podał Dr. Józef Wiczkowski,
asystent zakładu chemii lekarskiéj.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39).

IX. przypadek. *Typhus abdominalis.* Kowalski, lat 20 mający, zgłosił się do szpitala d. 8 stycznia r. b. podając, iż przed trzema dniami dostał napadu dreszczów, poczém wystąpiła gorączka, ból głowy, kaszel mierny. Dnia następnego znaleziono następujący stan chorego: Indywiduum dobrze zbudowane i odżywione, o skórze bladéj, bez wysypki. Język obłożony, wilgotny, apetyt dość dobry, stolec nieregularny. W narządzie oddechowym prócz zaostrzenia szmerów oddechowych z towarzyszącemi furczeniami żadnych innych zmian. Rozmiary serca prawidłowe, tony czyste, tętno 120. Brzuch nie jest bolesny; wątroba, śledziona niepowiększone, ani niemacalne. (Ponieważ przypadek ten w przebiegu swoim klinicznym nie przedstawiał nic szczególniejszego dla naszych doświadczeń, przeto pokrótce wspomnę o stanie chorego przez czas obserwacyi podając przy końcu zachowanie się ciepłoty, tętna i ilość wydzielanego mocznika).

Chory pozostawał w ściśléj obserwacyi od 9 stycznia do 18 stycznia wyłącznie przy dyjecie składającéj się z barszczu na rano, południe i wieczór i z jednéj bułki dziennie. (Ponieważ chory cieszył się, mimo ciężkiéj choroby, znakomitym apetytem, przeto pozwalał sobie często wykradać współtowarzyszom jedzenie, co naturalnie nie mogło pozostać bez wpływu na ilość wydzielanego mocznika, o czém dopiero przy końcu doświadczeń przekonałem się). Przebieg choroby był przez ten czas następujący. Na skórze wysypki nie widziano. Ból głowy i odurzenie utrzymywało się ciągle. Język był obłożony, stolec prawidłowy. W narządzie oddechania lekki nieżyt oskrzelowy. Śledziona powiększała się tak, że 17 stycznia można było wyczuć jéj brzeg miękki, bolesny, na dwa palce poniżéj łuku żebrowego. Osłabienie ogólne trwało. Wpływu antipyrynu na sam przebieg choroby nie spostrzeżono.

9 stycznia:

Godzina	11r.,	1p.,	3,	7,	9,
Ciepłota	38·9,	38·8,	39·4,	39·2,	39·2.
Tętno	120.				

Mocz w ilości 420sz.cm. barwy nasycono-winowo-żółtéj;

oddz. kwaś. cięż. gat. 1035, białka nie ma, chlorki w prawidłowéj ilości.
Ilość mocznika % 4·0089grm., na dobę 16·8374gr.

10 stycznia.
Godzina 7r., 9, 11, 1p., 3, 4, 5, 6, 8, 10,
Ciepłota 39·7, 39·8, 40·0, 40·0, 38·6, 38·6, 38·4, 38.3, 38·2, 38·6.
Tętno 116, 90.
Antipyryn 1gr. 1gr.

11 stycznia.
Godzina 7r., 8, 11, 12.
Ciepłota 39·7, 40·0, 40·5, 40·0.
Tętno 120.
Antipyryn 1gr., 1gr.
Godzina 1p., 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9.
Ciepłota 39·6, 39·5, 39·7, 39·8, 39·5, 39·4. 38·9, 38·6.
Tętno 112.
Antipyryn 1gr. 2gr.
(wymioty)

Mocz w ilości 400sz.cm. zmącony od moczanów, barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddz. kwaś., cięż. gat. 1·035, białka nie ma, chlorki w ilości prawidłowéj.
Ilość mocznika % 4·2083grm., na dobę 16·8332grm.

12 stycznia.
Godzina 8r., 9, 10, 11, 12.
Ciepłota 39·8, 40·0, 40·0, 40·0, 40·5.
Tętno 114.
Godzina 1p., 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
Ciepłota 40·6, 40·8, 40·5, 40·0, 39·5, 39·6, 39·8, 40·0.
Tętno 120.
Antipyryn 1gr. 1gr.
(wymioty).

Mocz w ilości 530sz.cm. zmącony od moczanów, barwy winowo-żółtéj, oddz. kwaś., cięż. gat., 1·042, białka 0·006% (ślad wybitny), chlorki w ilości słabo zmniejszonéj.
Ilość mocznika % 4·3226grm., na dobę 22·9097grm.

13 stycznia.
Godzina 7r., 8, 9, 10, 11, 12.
Ciepłota 40·1, 40, 39·6, 39·8, 39·9, 39·5.
Tętno 112.
Antipyryn 1gr., 1gr., 1gr., 1gr.
Godzina 1p., 3, 4, 5, 6, 7, 8.
Ciepłota 39, 37·8, 37, 37·8, 38·0, 38·6, 38·7.
Tętno 102.
Antipyr. 1gr.

14 stycznia.
Godzina 7r., 8, 10, 11, 12.
Ciepłota 40, 39·8, 40·0, 40·5, 40·6.
Tętno 124.
Godzina 1p., 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
Ciepłota 39·8, 40·3, 40·0, 39·8, 39·0, 38·7, 38·6, 38·2.
Tętno 120.
Antipyryn 1gr., 1gr., 1gr.

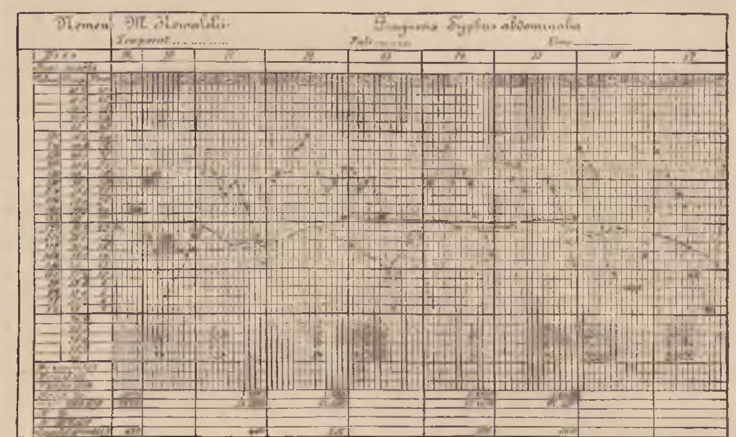
Mocz w ilości 500sz.cm. barwy nasycono-winowo-żółtéj; oddz. kwaś., cięż. gat. 1·037, białka 0·006% (ślad wybitny), chlorki w ilości słabo zmniejszonéj.
Ilość mocznika % 4·3701gr., na dobę 21·8505gr.

15 stycznia.
Godzina 7r., 8, 10, 11, 12.
Ciepłota 40·5, 40·2, 39·9, 40·2, 39·6.
Tętno 120.
Godzina 1p., 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.
Ciepłota 39·6, 40·5, 40·2, 41·2, 39·7, 39·5, 39, 38·5, 38.
Tętno 124.
Antipyryn 1gr., 1gr., 1gr., 1gr., 1gr.

Mocz w ilości 500sz.cm. zmącony od moczanów, barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddział. kwaś., cięż. gat. 1·042, białka 0·008% (nader mała ilość), chlorki w ilości zmniejszonéj.
Ilość mocznika % 4·4976grm., na dobę 22·488gr.

16 stycznia.
Godzina 6r., 7, 10, 11, 12.
Ciepłota 40·6, 40·3, 40·2, 40·0, 38·8.
Tętno 116.
Antipyryn 1gr., 1gr., 2gr., 2gr., 2gr.
Godzina 1p., 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.
Ciepłota 38·0, 37·8, 37·2, 37·3, 37·5, 37·4, 37·5, 38·2, 38·3.
Tętno 120.
Antipyryn 2gr., 2gr.

17 stycznia.
Godzina 6r., 7, 8, 9, 10, 11, 12.
Ciepłota 40·5, 40·3, 40. 39·7, 39·6, 39·5, 37·8.
Tętno 116.
Antipyryn 2gr., 2gr., 3gr., 1gr., 1gr.
Godzina 1p., 2, 3, 4, 5, 8.
Ciepłota 37·8, 37·5, 37·0, 37·5, 38·0, 40·2.
Tętno 108.



X. Przypadek. *Pleuropneumonia dextra.* Opłaza, lat 21 mający, zgłosił się do szpitala dnia 24 grudnia 1884 r., podając, iż przed siedmiu dniami doznał silnych dreszczów, poczém wystąpiła gorączka, ból głowy, kłócie w boku prawym, kaszel z odpluwaniem plwocin rdzawych. Badanie przedsięwzięte tegoż dnia wykazało: Budowa i odżywienie liche; skóra śniada, żółtaczkowo-zabarwiona; język wilgotny, obłożony; na spojówkach gałkowych wyraźna żółtaczka. W narządzie oddechowym po stronie prawéj: z przodu odgłos wypukowy przytłumiono-bębenkowy, również w całéj pasze i z tyłu od dolnego kąta łopatki do samego dołu. Z tyłu zaś od szczytu do kąta łopatki odgłos wypukowy tępy. Przysłuch wykazuje tylko w miejscu tępości wdech i wydech oskrzelowy, poniżéj wdech i wydech szorstki z licznemi drobnobańkowemi rzęzeniami. Po lewéj stronie tylko furczenia i świsty. Inne narządy bez zboczeń. Ciepłota wieczorna 40·0, tętno 112, dość słabe.

26 grudnia (VIII dzień choroby).
Godzina 8r., 9, 10, 12, 2p., 4, 6, 8,
Ciepłota 39·0, 39·9, 39·9, 39·6, 39·7, 39·9, 40,1, 40,
Tętno 120, 108,

Skóra wybitnie żółtaczkowo zabarwiona. W narządzie oddechania: po stronie prawéj z przodu od samego szczytu do 3go

żebra odgłos wypukowy wysoko bębenkowy, prawie metaliczny, poniżéj przytłumiono-bębenkowy, tak samo w pasze i z tyłu. Tylko w samym szczycie z tyłu odgłos wypukowy tępy. Przysłuch wykazuje tylko w szczycie z przodu i z tyłu wdech i wydech oskrzelowy, poniżéj liczne rzężenia średniobańkowe. Chory znacznie osłabiony.

Mocz w ilości 550 sz. cm. barwy oliwkowéj, oddział. kwaś., ciężar gat. 1·021, białka 0·02% (mała ilość), chlorki w ilości zmniejszonéj, wyraźny ślad barwików żółciowych.

Ilość mocznika % 3·1301 gr. = N1·472 gr.
„ „ na dobę 17·2156 gr. = N7·53 gr.
Ilość azotu otrzymanego przez spalenie = 1·772 gr. %.
„ „ „ „ „ = 9·743 gr. na dobę.

27 grudnia (IX dzień choroby).

Godzina	8r.,	9,	10,	11,	12,			
Ciepłota	39·4,	39·3,	39·3,	38·7,	37·7,			
Tętno	96,							
Antipyryn			2gr.	1gr.	1gr.			
Godzina	1p.,	2,	3,	4,	5,	6,	7,	8,
Ciepłota	36·9,	36·8,	37·0,	37·5,	37·7,	38,4,	38·5,	38·7,
Tętno		88,						

Skóra nieco jeszcze żółtaczkowo-zabarwiona, lekkim potem okryta. Stan ogólny lepszy. Z przodu po stronie prawéj w szczycie odgłos wypukowy przytłumiono-bębenkowy, również i z tyłu do kąta łopatki, tamże szmer oddechowy oskrzelowy, poniżéj liczne drobne i średniobańkowe rzężenia.

Mocz w ilości 220 sz. cm., barwy brunatno-oliwkowéj, oddziaływa kwaśno, ciężar gat. 1·028, białka 0·08% (mała ilość), chlorki w ilości dość silnie zmniejszonéj.

Ilość mocznika % 3·254 = N1·53 gr.
„ „ na dobę 7·159 = N3·366 gr.
Ilość azotu otrzymanego przez spalenie 1·4617
„ „ „ „ „ 3·2158.

Odtąd chory przestał gorączkować, naciek się rozdzielał, ilość pokarmów i napoju powiększono, zaprzestano przeto dalszych obserwacyj. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z drugiéj seryi posiedzeń w sprawie cholery odbytych w Państwowym Urzędzie Zdrowia w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

Po Virchowie zabrał głos Hirsch, aby zaznaczyć swoje stanowisko co do stosunku bakteryjologii do epidemijologii. I on jest zdania, iż obecnie nie tylko co do cholery ale w ogóle co do t. zw. pasorzytnych chorób trudno jeszcze pogodzić badania bakteryjologiczne z epidemijologicznemi, choć wykazanie bodźca chorobowego w postaci grzybka stwierdza teoryję, jaką zawsze miano. Nikt nie zdoła zaprzeczyć wielkiego znaczenia tego odkrycia, jak również i tego, że dalsze w tym kierunku badania dadzą nam kiedyś ważne wskazówki do skutecznych zarządzeń tak co do zapobiegania jak i co do pokonywania zarazy, dziś jednak praktycznych wniosków, zdaniem Hirscha, wysnuwać nie można, ani pod względem profilaktycznym ani terapeutycznym. Żadną inną bronią nie możemy grzybka cholerycznego pokonywać jak temi środkami i sposobami, jakie wskazały nam epidemijologiczne badania. Stoimy więc na tym punkcie, na którym staliśmy, zanim badania bakteryjologiczne osiągnęły swe świetne wyniki, a które na doświadczenia praktyczne zupełnie nie wpłynęły, ani też doświadczenia te nie utraciły przy tém nic ze swéj wartości.

Z kolei znów przemawiał Koch. Zdaniem jego należy przedewszystkiém liczyć się z faktami a niezbitym faktem jest, że wyłącznie w cholerze znajduje się swoisty rodzaj prątków. Koch wie, że wiele jeszcze pozostaje do wyjaśnienia, ale jesteśmy dopiero w początku badań, a każde nowe spostrzeżenie co do bijologicznego stosunku prątków przecinkowych może dać nowe wyjaśnienia, tak się rzecz ma co do dłuższego trwania niektórych postaci wegetacyjnych. Koch odpowiada Pettenkoferowi, iż myli się, jakoby mu uczynił ustępstwo co do stanu trwalego, bo Koch już dawno wspominał, że w hodowlach żelatynowych prątki przecinkowe utrzymać się mogą 6 tygodni i dłużéj, czém już dałaby się wytłumaczyć epidemija monachijska z 1873/4 r., choć jak tablica Königera wskazuje, przerwa w epidemii nie była tak wybitną, jak Pettenkofer sądzi, były tylko przerwy 7mio i 5ciodniowe a do wytłumaczenia ich wystarcza utrzymywanie się prątków cholerycznych na wilgotnéj bieliznie. Tak i co do miejscowego zachowania się téj epidemii nie było w niém według wzmiankowanéj tablicy nic nadzwyczajnego.

I epidemija paryska nie sprzeciwia się prątkowi przecinkowemu. Przed właściwą epidemiją było tam do 40 przypadków sporadycznych, w niektórych szukano prątków przecinkowych a w jednym przypadku znaleziono je. Strauss chciał ten przypadek zużytkować przeciw prątkom przecinkowym, wkrótce jednak potém wybuchła epidemija i dowiodła, że w ocenieniu tego przypadku pomylono się. Koch mniema, że gdyby badano wówczas każdy podejrzany przypadek i w razie znalezienia prątków przecinkowych podejmowano energiczne zarządzenia, byłby Paryż od małéj zresztą epidemii uchronionym. Koch nie może się zgodzić na uważanie cholery za rodzaj zimnicy, a to z wielu powodów. Przedewszystkiém dla zawisłości cholery od stosunków między ludźmi, daléj epidemijologicznego zachowywania się cholery, zbliżającéj się o wiele więcéj swém zachowaniem do chorób zakaźnych aniżeli zimniczych. Na dowód tego okazuje Koch graficzne przedstawienie śmiertelności z cholery, ospy i zimnicy w Bombayu. Wynika z tego, iż cholera tak jak ospa pojawia się w okresach. Każe to wnosić o nabywaniu po przebyciu choroby pewnéj ochrony *(immunitas)*. Z tego jednak nie wynika, aby zarażenie w cholerze następowało tak jak w ospie, płonicy itd., jestto raczéj choroba zakaźna *sui generis* nieodpowiadająca co do sposobu zarażania żadnéj innéj. Koch uważa za rzecz nieodpowiednią schematyzowanie chorób zakaźnych. Z kolei zapytuje Koch Pettenkofera, czy z prątkami Emmericha czyniono próby wdychania? Co do uwagi Virchowa, że w doświadczeniach na zwierzętach nie było wymiotów i rozwolnienia, które jemu udało się wywołać, nadmienia Koch, że u świnek morskich nie można wywołać wymiotów a doświadczenia Virchowa czyniono zapewne na psach bardzo skłonnych do wymiotów. (Virchow okoliczność tę potwierdza, a Pettenkofer oświadcza, że sam widział, iż Emmerichowi udało się wywołać u świnek morskich wymioty).

Przy doświadczeniach na zwierzętach sądzi Koch, iż nie koniecznie potrzeba wywołać takie same objawy jak u ludzi. Na poparcie tego przywodzi choroby zakaźne, które doświadczalnie u zwierząt wywołać można: zaraza śledzionowa przebiega inaczéj u zwierząt niż u ludzi; gruźlica u różnych rodzai zwierząt różnie przebiega, odmienną też jest niż u ludzi. Dla tego chociaż nigdy nie udało się u świnek morskich, zarażając je prątkami przecinkowemi, wywołać wymiotów i rozwolnienia, nie osłabia to siły dowodowéj doświadczeń.

W końcu zwraca się Koch do badań dawniejszych,

w których badacze widzieć mieli coś podobnego do prątków przecinkowych i oświadcza, że badania ich nie były mu znane, a zresztą pracowali oni w czasach, gdy metody badania nie były tak udoskonalone, spostrzeżenia więc tych badaczy nie mogły na jego odkrycia żadnego wywrzeć wpływu.

Pettenkofer odpowiadając Kochowi nadmienia, że nie robiono prób wdychania prątków Emmerichowskich, ale Emmerich przywiózł je z Neapolu na nitkach jedwabnych a od czasu do czasu robi się z takiéj nitki hodowle, które się dotąd udają. Co do wzmianki Kocha, iż cholera w Indyjach w latach głodu wzmaga się, wypada, zdaniem Pettenkofera, rozróżniać różne okolice Indyj, które się odmiennie zachowują, stósownie do ilości opadów meteorycznych. Koch obstaje przy swém zdaniu, dodając, że tylko w Pendżabie w czasie lat głodu zauważono zmniejszenie się cholery.

Z kolei Pistor przytacza przypadki przerw, nawet 3-miesięcznych, w epidemijach górnośląskich, nie przypisuje im jednak wielkiego znaczenia, bo nie ufa donoszeniu o pojedynczych przypadkach cholery.

Ostatnim mowcą w tym przedmiocie był Virchow. Podnosi on raz jeszcze, że choćby dawniejsi badacze byli coś podobnego do prątków przecinkowych widzieli, np. Pacini, to nie zmniejsza to zasług Kocha. Zwracając się następnie do prób z prątkami Emmericha kładzie nacisk na potrzebę prób kontrolnych przypominając, jak długo bałamuciło w nauce spostrzeżenie Thierscha, który odchodami cholerycznych karmił myszy białe i wywolywał u nich biegunkę. W kilkanaście lat późniéj okazało się, że myszy białe dostają biegunki już gdy się je karmi papierem a Tiersch podawał odchody cholerycznych na bibule do cedzenia. Przy wszelkich zatém próbach przez szereg doświadczeń przeciwnych dążyć powinniśmy do otrzymania pewności. Virchow zachęca zatém do doświadczeń bez względu na to, czy przez doświadczenie jakieś uda się wywołać chorobę, która może za rzeczywistą cholerę uchodzić lub nie.

Na tém zakończono obrady nad pierwszym punktem a zajęto się drugiém, tj. **Szerzeniem się cholery przez stosunki między ludźmi, zwłaszcza przez pielgrzymów i okręty.**

Znów pierwszy Koch zabrał głos. Nie tylko w Niemczech, ale powiedzieć można w całéj Europie nikt więcéj nie wątpi o wpływie stosunków ludzkich na szerzenie się cholery. Posiadamy na to wiele dowodów. Dość przypomnieć przypadek przez Pettenkofera opisany, w którym pewna pani z dzieckiem rozwolnienie mającém zawlekła cholerę z Odesy do Altenburga, lub przypadek przez Biermera opisany, w którym nastało zawleczenie cholery z Rzymu do Zurichu. Z r. 1866 mamy wiele przykładów a także i ostatnia epidemija dostarczyła wielu. Nie potrzeba ich wyliczać, bo pod tym względem panuje w Europie zgodność zapatrywań, ale między lekarzami indyjsko-angielskimi są niektórzy odmiennego zdania. Cunningham, naczelny lekarz rządowy, już od dawna w różnych swych sprawozdaniach głosi, że stosunki między ludźmi nie wpływają na szerzenie się cholery, toż samo utrzymuje w ostatniém swém dziele *Cholera what can the state do to prevent it*, przecząc, aby pielgrzymki i komunikacyja okrętami wpływała na szerzenie się cholery.

Zapatrywania pojedynczych lekarzy mogłyby być obojętnemi, ale gdy dotyczą ojczyzny cholery, zkąd ona do nas zawsze przychodzi i pochodzą z urzędowych kół indyjskich, nie są one dla nas bez znaczenia.

Pierwotnie dostała się cholera do Europy drogami, któremi idą karawany z Indyj do Persyi i do morza Kaspijskiego, a ztąd dostała się do południowéj Rosyi. Późniéj gdy rozwinęła się komunikacyja morska i cholera dostała się przez Morze Czerwone do Meki, a ztąd do Egiptu i wybrzeży Morza Śródziemnego.—I powstania ostatniéj epidemii w Egipcie inaczéj tłumaczyć nie można, jak że coraz szersza komunikacyja morska dała do niéj powód.—Co się tyczy stosunków z Indyjami, to prawdopodobną jest rzeczą, iż w niedalekiéj przyszłości znów głównie odbywać się one będą lądem a to w skutek w budowie będących kolei żelaznych. W skutek przyspieszonéj komunikacyi i cholera do nas się zbliży. Zamiast kilku tygodni potrzebnych obecnie do dostania się z Indyj do Anglii, w przyszłości droga nie będzie trwać więcéj nad dni 11.

Ze względu na te okoliczności nie może być dla nas obojętną rzeczą, jak w Indyjach zapatrują się na szerzenie się cholery, i dla tego wydaje się Kochowi potrzebném zastanowić się szerzéj nad błędnemi zapatrywaniami Cuninghama.

Pierwszym błędem tego ostatniego jest to, iż nie uznaje różnicy między cholerą azyjatycką a sporadyczną, czyli *Cholera nostras*. Każdy przypadek cholery uznaje Cuningham za przypadek prawdziwéj, który w pewnych okolicznościach pozostaje odosobnionym a w pewnych znów może dać powód do epidemii. U nas żaden lekarz nie mógłby się tak zapatrywać, ale w Indyjach częstemi są przypadki, nawet śmiercią się kończące, których my przy bliższém badaniu nie poczytywalibyśmy nawet za *Cholera nostras*. Prócz tego pod zwrotnikami, a zwłaszcza w Indyjach, zgubnym cierpieniem zimniczym często towarzyszą objawy choleryczne, tak że rozpoznanie jest nieraz trudném nawet na stole sekcyjnym.

W obec tego nie trudno w Indyjach wykazać w szczegółowych miejscowościach pojedyncze przypadki mniemanéj cholery, zanim jeszcze epidemija cholery dotrze do tych miejscowości.—Tak téż czyni Cuningham. W każdym przypadku zawleczenia cholery poszukuje kilku sporadycznych przypadków, któreby się wydarzyć miały kilka dni wprzód, a na których w Indyjach nie zbywa i twierdzi, że zawleczenie nie mogło nastać, bo już przedtém stwierdzono przypadki cholery. Cuningham mniema, że w Europie ciągle cholera panuje. Wspólnie z Hunterem, tak samo się zapatrującym, przypuszcza, że w r. 1883 cholera do Egiptu nie dostała się w skutek stosunków między ludźmi, ale że i tam jakiś czas przedtém zdarzały się pojedyńcze przypadki cholery.

Hunter, badając powstanie epidemii w Egipcie, dopytywał się o podobne przypadki, któreby poprzedziły i istotnie dowiedział się o takowych mianowicie od nielekarzy. Na téj podstawie powstało przypuszczenie mało wiaropodobne, że cholera w Egipcie od r. 1865 nie wygasła, ale w pojedynczych przypadkach wegetowała, aby po 18 latach znów zakwitnąć. Gdyby się podobnego postępowania trzymać chciano, to w każdym przypadku zawleczenia cholery dałoby się wykryć, że poprzedziły kiedyś przypadki cholery i od nich wywodzić obecny wybuch. Daléj spotykamy u Cuninghama zawsze fałszywe pojęcia o zaraźliwości cholery. Zdaniem jego utrzymujący zaraźliwość cholery winni dowieść, iż cholera jest tak samo zaraźliwą jak ospa. Zdaje się, że nie zna on innego sposobu przenoszenia się zarazy jak z człowieka na człowieka. Nakoniec pomija Cuningham ochronę, jakiéj nabywa tak pojedynczy człowiek jak i cała ludność przebywszy cholerę.

W Indyjach ochrona ta trwa 3—4 lat, po upływie któregoto czasu nowa epidemija szerzy się znów falisto z ob-

szaru endemicznego w kierunku północno-zachodnim odpowiednio do głównéj komunikacyi. Bryden usiłował tłumaczyć to zachowanie się kierunkiem wiatru Monsum. Ale w ten sposób trudno wyjaśnić te czteroletnie okresy, tłumaczy je jedynie wpływ ochrony i to że każdym razem osoby właśnie do cholery skłonne przebywają chorobę.

Jedynie przyjęcie nabytéj ochrony od cholery umożliwia zrozumienie stosunków między cholerą a pielgrzymkami.

Cuningham, aby dowieść niezawisłości szerzenia się cholery od pielgrzymek, odwołuje się do spostrzeżenia, że w Hurdwar dokąd sta tysięcy, a nawet milijony, ludzi napływają, rzadko rozszerza się cholera, a jeżeli ma to miejsce przez pielgrzymów, to zawsze w kierunku północno-zachodnim, odpowiadającym kierunkowi Monsumu. Koch zaś tłumaczy to zachowanie się tém, że w pewnych czasach ludność posiada większą lub mniejszą ochronę a cholera szerzy się w kierunku, w którym ludność nie posiada téj ochrony. Między ludnością pochodzącą z okolic, gdzie tuż przedtém panowała cholera, lub gdzie ona jest endemiczną, cholera nie znajduje dla siebie gruntu. Ztąd wynika, że z Hurdwar cholera nie rozchodzi się, jak Cuningham, żąda w promieniach na wszystkie strony, lecz w kierunku północno zachodnim, gdzie ludność jak najmniéj ochrony posiada. Podobne przykłady obserwowano téż w czasie wojny krymskiéj. Okazało się, że gdy wojsko francuskie epidemiję cholery przebyło, choroba znikła, ale ilekroć przyszły nowe oddziały, na nowo się pojawiała, gdy dawniejsze wojska posiadały pewną ochronę. Toż samo obserwowano, gdy z miejsc cholerą dotkniętych wiele osób uchodziło, a po wygasaniu epidemii powracało.

Koch sądzi, iż z drugiéj strony nie brak przypadków przemawiających i w Indyjach za wpływem komunikacyi, a rozebrawszy obszerniéj niektóre z nich, omawia nastąpnie komunikacyję okrętami. Wielokrotnie podnoszono, iż cholera na okrętach pojawia się stosunkowo rzadko,—bliższe jednak rozpatrzenie przekonywa, że to nie jest tak rzadkiém zjawiskiem (na okrętach przewożących robotników indyjskich prawie $^1/_3$ tychże bywa dotkniętą). Przed rokiem 1874, w którym wiele poprawiono pod względem higijeny a zwłaszcza zaopatrzania w wodę tych okrętów, jeszcze gorzéj się rzeczy miały. Koch podaniom co do cholery na okrętach nie wierzy, zdaniem więc jego możliwą jest rzeczą, że zmniejszenie to jest tylko pozorne. Kapitanowie, skoro tylko grożą im jakie nieprzyjemności lub kwarantany, zatajają prawdę, przykłady tego przytacza Koch. (C. d. n.)

Dr. Suggenberg: **Laparotomija celem porodu wykonana przez rodzącą.**

Z końcem września 1876 r. zawołano Dra Suggenberga w nocy do kobiety, która nie mogąc mimo silnych bólów porodzić przecięła sobie brzuch trzema cięciami. Przy trzeciém cięciu uszło wiele krwi i okazał się kawał mięsa (łożysko), które rodząca wydobyła. Uchwyciła nóżkę i wyciągnęła dziecię, które według jéj podania nieżywe się urodziło, podwiązawszy pępowinę. Chora była z powodu znacznego ubytku krwi znacznie niedokrewną. Z rany brzusznéj wisiał zwitek jelit, którego część na brudnym sienniku spoczywała. Bielizny czystéj nie było w domu, sprowadzono takową z domu sąsiedniego, oczyszczono jelita zwitkami konopianemi, które w oliwie zamaczano. Wprowadziwszy jelita do jamy brzusznéj zeszyto rany i założono opaskę, przykładając watę Brunsa maczaną w 5% roczczynie karbolowym. G. przedstawił w Bodenbach chorą zupełnie zdrową w zeszłym roku na Zjeździe lekarzy niemieckich w Czechach. (*Wr. med. Blätter*, 1885, Nr. 3). *Dr. Reiss* w Dukli.

Wiadomości pomniejsze.

○ **Fałszowanie jodoformu.** Biel zwraca uwagę na fałszowanie jodoformu kwasem pikrynowym, tańszym od jodoformu a mającym ten sam punkt topnienia (117°C). Rozpuszcza on się z równą łatwością w wyskoku i eterze i posiada żółtą barwę jak jodoform i tak samo krystalizuje. Fałszowanie to może sprawić trujące objawy a tłuczenie w moździerzu dać powód do wybuchu. Jeżeli podejrzaną próbkę kłócić będziemy z zimną wodą, tworzy się żółty płyn, który należy przecedzić. Za dodaniem niewielkiéj ilości sinku potasu powstaje brunatne zabarwienie, jeżeli znajduje się kwas pikrynowy. (*Journal de Pharmacie et de Chimie*).

○ **Mlekan chininu** jest ze wszystkich soli chininowych najwięcéj rozpuszczalnym w wodzie i najzasobniejszym w alkaloid. Kozłkan i wodobroman, aczkolwiek obfitują w chinin, nie są tak łatwo rozpuszczalnemi. Maści mlekanu chininowego 1 grm. soli na 9 grm. tłuszczu używano do wcierań pod łopatki. Do podskórnych wstrzykiwań mlekan chininowy ma być lepszym od wszelkich innych soli chininowych. 1 grm. mlekanu chininowego rozpuszcza się w 4 grm. wody destylowanéj, mięszaninę tę ogrzewa się i cedzi. Rozczyn winien oddziaływać obojętnie. Zwykła strzykawka zawiera ilość równą 20 ctgrm. téj soli. — Vigier nigdy nie widział żadnego miejscowego zboczenia po tych wstrzykiwaniach. (*The Lancet* 1885, II, Nr. 7).

Ω Do ilościowego oznaczania białka poleca Esbach **Albumimeter**, przyrząd złożony z małego, skalą opatrzonego cylinderka szklanego. Cylinder napełnia się do znaku *(U)* moczem badanym, potém dodaje się rozczynu kwasu pikrynowego, zaprawionego kwasem cytrynowym (10 grm. kwasu pikrynowego i 20 grm. kw. cytrynowego rozpuszcza się w wodzie i dopełnia się wodą do objętości 1 litra), aż do drugiego znaku *(R)*, zatyka się cylinderek korkiem kauczukowym, mięsza ostrożnie i przez 24 godzin zostawia w spokoju. Ilość białka, które w całości opadło na spód cylinderka, odczytuje się na skali, która ilość tę podaje dokładnie w gramach. Firma Warmbrunn, Quilitz et Comp. w Berlinie, sprzedaje powyższy przyrząd po cenie 3 marek wraz z opakowaniem.

○ Mingazzini czynił spostrzeżenia nad działaniem wspólném **antipyrynu i kairynu w durze** i znalazł, iż ciepłota bywa nieco więcéj obniżoną, niż gdy używa się samego antipyrynu. Połączenie to zdaje się nie mieć więcéj wpływu niż sam antipyryn na stan gorączki, ale przeziew jest wybitniejszy a M. uważa to za dowód zwiększonéj czynności ustroju.

V. Sprawozdanie z XII wiecu stowarzyszenia niemieckiego dla higijeny publicznéj, odbytego we Fryburgu w Bryzgowii w czasie od dnia 15—17 września b. r.

Podał Dr. **J. Buszek**, fizyk miejski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

Co do drugiego przedmiotu, mianowicie, jakie należy stosować środki przeciwko szerzeniu się chorób zaraźliwych w szkołach, przedstawili referenci, radca lekarski Dr. Arnsperger i dyrektor gimnazyjalny Dr. Fulda, następujące tezy:

I. Wszystkie dzieci z chorobami udzielającemi się innym, czyto zakaźnemi czy téż skórnemi, należy od uczęszczania do szkoły wykluczyć.

Aby jak najpewniéj i jak najrychléj cel ten osiągnąć, należy sobie życzyć, aby nauczyciel zapoznał się z cechującemi objawami poszczególnych chorób, jakotéż aby miał wskazane i był uprawniony do tego, żeby chore albo podejrzane dzieci mógł natychmiast z klasy wydalać, podając równocześnie o tém wiadomość kierownikowi szkoły.

Zaleca się, aby władze policyjne dawały regularnie znać kierownikom szkół i nauczycielom o przypadkach chorób zaraźliwych, jak tylko o nich powezmą wiadomość.

II. Wykluczenie ze szkoły ma tak długo trwać, dopóki lekarz nie stwierdzi, że chory wyzdrowiał, względnie oczyścił się, albo gdy chory uczeń nie był przez lekarza leczony, upłynął czas jaki zazwyczaj dla przebiegu choroby przyjmujemy i gospodarz oświadczył, że się chory należycie oczyścił.

Zaleca się, aby dla płonicy ustanowić czas 6 tygodni, dla odry 3 tygodni, dla błonicy 14 dni, dla krztuśca okres, w którym jeszcze pojawia się kaszel kurczowy, jakotéż, aby lekarze w swoich poświadczeniach trzymali się w zasadzie podobnych okresów czasu.

III. Oprócz ogólnych policyjno-sanitarnych środków potrzeba dla powstrzymania chorób zaraźliwych zagrażających szczególniéj młodocianemu wiekowi szczegółowych postanowień, mianowicie co do błonicy, płonicy i odry.

Jeżeli jedna z tych chorób pojawi się w budynku szkolnym, należy albo wydalić chorego z zabudowania szkolnego albo stwierdzić z przybraniem lekarza rządowego, czy miejscowe i osobiste stosunki dają rękojmię skutecznego odosobnienia.

Jeżeli chorego nie można przewieźć, a odosobnienie jest niedostateczne, należy szkołę zamknąć.

Wreszcie należy w tym kierunku działać, aby pomieszkania służby szkolnéj były zawsze tak umieszczone, aby przerwa w nauce z powodu pojawienia się w nich chorób zaraźliwych nie była potrzebną.

Jeżeli jedna z przerzeczonych chorób pojawi się u nauczyciela w domu, powinien bezwarunkowo najpierw zaprzestać chodzić do szkoły. Następnie należy z urzędu stwierdzić, czy i pod jakiemi warunkami można naukę na nowo rozpocząć, czyto po wydaleniu się nauczyciela, czytéż chorego domownika z dotyczącego pomieszkania, czytéż po odosobnieniu skutecznem chorego wewnątrz pomieszkania.

IV. Tak w celu możliwéj ochrony od szerzenia się zarazy, jakotéż ze względu na istniejący przymus szkolny wskazane są przepisy co do uczęszczania do szkoły uczniów zdrowych a należących do rodziny albo domostwa chorego.

Gospodarze, u których uczniowie mieszkają, powinni być zobowiązani do donoszenia o wybuchu jednéj z powyż wymienionych chorób w ich pomieszkaniu kierownikowi szkoły albo nauczycielowi.

Z powodu silnéj zaraźliwości odry zaleca się zamknięcie szkoły albo właściwéj klasy, skoro tylko zostaną stwierdzone pierwsze wyraźne przypadki pomiędzy uczniami, tém bardziéj, iż szkoły, jak doświadczenie poucza, należy uważać za główne ognisko téj choroby. Również należy dzieci z pomieszkań, w których wybuchła odra, jeżeli nie przebyły jeszcze téj choroby, wykluczyć od uczęszczania do szkoły, dopóki nie upłyną 3 tygodnie od ostatniego przypadku, albo dopóki lekarz nie stwierdzi pisemnie, że wszyscy chorzy wyzdrowieli.

W płonicy i błonicy zaleca się zawsze, aby dzieci z tego samego pomieszkania nie dopuszczano do szkoły dopóki 6 tygodni, względnie 14 dni, nie upłynie od ostatniego przypadku choroby, albo dopóki lekarz nie poświadczy, że wszyscy chorzy wyzdrowieli.

V. Zamknięcie i oddzielenie chorych jest tylko w nader rzadkich przypadkach w tym stopniu do przeprowadzenia i kontrolowania, aby je jako skuteczne nazwać można; przeto tylko wyjątkowo, jeżeli je lekarz z urzędu jako takie stwierdzi, można pozwolić uczęszczać do szkoły dzieciom zdrowym. W każdym razie nie może to mieć miejsca, dopóki nie minie 10 dni w płonicy, 5 dni w błonicy od czasu, jak zdrowe dzieci z choremi pozostawały w styczności.

Jeżeli choroby zakaźne przyjmują charakter złośliwy, wtedy ma się rozumieć służy władzy sanitarnéj prawo do zarządzenia surowszych środków.

VI. Zasad higijeny szkolnéj co do przewietrzania klas, przebywania dzieci na świeżém powietrzu, nieprzeciążania ich domowemi zadaniami itp. należy w czasie panowania chorób zakaźnych troskliwiéj przestrzegać; szczególnéj dezinfekcyi klas oprócz oczyszczenia i przewietrzenia nie zaleca się zwyczajnie.

W takich czasach nie należy za ostro pilnować uczęszczania do szkoły, ani téż zamykać szkół bez koniecznych powodów.

VII. Zupełnie jest niewłaściwém, aby zwłoki dzieci szkolnych, zmarłych w skutek chorób zakaźnych, wystawiano na widok publiczny i aby dzieci szkolne brały udział w ich pogrzebie.

Dodatkowe tezy
podane przez dyrektora gimnazyjalnego Dra Fuldę.

I. Przeprowadzenie żądań zawartych w ustępie III—V nie jest w ogóle potrzebném w klasach, w których uczniowie wszyscy przebyli 14 rok życia; co do odry przynajmniéj w tych klasach, w których uczniowie prawie wszyscy przebyli odrę.

II. Ponieważ głównie o to chodzić powinno, aby skutki zamknięcia szkoły nie stały się złudnemi przez przewlekły biurokratyzm, dla tego prawo tymczasowego zarządzenia zamknięcia należy przyznać osobom zamieszkałym w miejscu szkoły, w wielu przypadkach najwłaściwiéj kierownikowi szkoły.

III. Zamknięcie pensyjonatów i internatów, w których bezwarunkowo należy zarządzić ścisłe odosobnienie uczniów dotkniętych chorobami zakaźnemi, może przy wybuchu epidemii tylko wtedy nastąpić, jeżeli, według orzeczenia lekarskiego, stać się to może bez niebezpieczeństwa przewleczenia zarazy.

Tymczasem nie można zabronić uczniom obcym umieszczonym w takich zakładach, wracać do domu gdy w skutek zachorowania kolegów, zamknięcia szkoły, albo na życzenie rodziców uwolnieni są od szkoły.

IV. Głównie polecenia godnemi są zarządzenia, aby kierownicy szkół, gdy grozi szerzenie się zarazy pomiędzy uczniami, mogli natychmiast doprowadzić do skutku badanie lekarskie.

Można dopuścić, aby lekarze mający czuwać nad stanem zdrowia uczniów, mogli także sprawować funkcyje, jakie mają przydzielone lekarze rządowi w tezie III i V wspomniane.

Nad temi zdaniami wywiązała się dłuższa rozprawa. Referent zwrócił uwagę na zwiększającą się od lat 15 śmier-

telność w skutek chorób dziecięcych i potrzebę konieczną zaprowadzenia środków dla jéj zmniejszenia. W różnych miastach wydano już odnośne rozporządzenia, mianowicie co do płonicy w Badeńskiém. Rozchodzi się przy tém głównie o uczęszczanie do szkoły. Wzięto pod uwagę choroby dzieci jak błonicę, płonicę i odrę, lecz należy wciągnąć także kiłę, gruźlicę i zaraźliwe zapalenie ócz. Wydalić dzieci chore ze szkoły należy jak najrychléj i jak najdłużéj. Nauczyciel powinien głównie zwrócić uwagę na części miasta zarazą dotknięte i powinien w tym względzie znaleźć poparcie u lekarzy. W ogóle należy nauczycielowi nadać czynność profilaktyczną i z tego powodu powinien się zapoznać z przypadami chorób zaraźliwych. Gdy rekonwalescenci wracają do szkoły, należy ściśle przestrzegać okresu, jaki jest potrzebny do zupełnego wyzdrowienia. Bardzo ważném jest zamknięcie szkoły; państwo nie może zmuszać rodziców, aby dzieci swoje wysyłali do ognisk zarazy. Przed otwarciem szkoły należy ją oczyścić i przewietrzyć, szczegółowa dezinfekcyja nie jest potrzebną. Płonicę i błonicę należy jak najoględniéj rozpoznawać, bo łatwo bardzo pomylić się w rozpoznaniu.

Drugi referent Dr. Fulda, dyrektor gimnazyjalny z Sangerhausen, motywuje niektóre dodatkowe tezy. Wskazuje przedewszystkiém, że nie mamy dostatecznego materyjału do ocenienia, jaki wpływ wywiera szkoła na śmiertelność dzieci. W wielu bardzo przypadkach rozwlekanie zarazy należy przypisać nie szkole, ale stykaniu się rodzin. Zamknięcie szkoły sprowadza dotkliwe nieporządki w nauce i próżnowanie uczniów zdrowych podczas dłuższego zamknięcia szkoły, i działa na nich bardzo niekorzystnie. Referent nie wiele obiecuje sobie z działania profilaktycznego nauczyciela. Ta zresztą czynność powinna się obracać w bardzo ciasnych granicach. Uważa za nader wątpliwe, czy szkoła może podjąć walkę przeciwko odrze. W każdym razie wykluczenie od uczęszczania do szkoły nie powinno być w téj chorobie za długie. Inaczéj rzecz się ma w płonicy. Sześć tygodni wyznaczono w Prusiech, jako okres leczenia w płonicy; w błonicy 14 dni. Środków zaradczych nie potrzeba przeprowadzać w klasach, w których uczniowie mają już lat 14, w odrze także w tych klasach, gdzie uczniowie prawie wszyscy przebywali odrę. Uczniowie z najwyższych klas nader rzadko umierają z chorób wymienionych, przeto nie zachodzi potrzeba zamykania także tych klas, aby nie sprowadzać nieporządku w nauce. W przypadkach nagłych najlepiéj poruczać rozstrzygnienie, czy szkołę zamknąć należy kierownikowi szkoły, co w Berlinie już zaprowadzono. Co do stanu zdrowia uczniów, współdziałanie lekarskie jest niezbędne. Musi przeto lekarz wprost znosić się z zarządem szkoły, a nie za pośrednictwem władzy administracyjnéj.

W dyskusyi zwrócono uwagę, że w wielkich miastach zamykanie szkół może mieć bardzo wątpliwy skutek, w każdym razie należy je bardzo rzadko zaprowadzać. Starszy radca lekarski Kerschensteiner z Mnichowa uważa przenoszenie odry przez osoby trzecie za niepewne, przynajmniéj na zasadzie badań podjętych w Bawaryi. Zamknięcia szkoły nie uważa za skuteczne i wnosi, aby lekarze badali jeszcze sprawę przenoszenia zaraz i wnioski w téj sprawie dojrzałe przedłożono na późniejszych zgromadzeniach. Jest za opuszczeniem w tezach wszystkiego, co się odnosi do przenoszenia chorób za pośrednictwem osób trzecich. Inni zbijają zdanie Kerschensteinera. Gdy atoli pomiędzy lekarzami nie było zgody, prawnicy wnieśli, aby sprawę jako nie dojrzałą odroczyć do następnych Zjazdów, a tymczasem zbierać materyjał zdolny stanowczo rozstrzygnąć, czy osoby trzecie mogą przewlekać zarazę. I ten wniosek zgromadzenie przyjęło. Głównie zaś do takiego wyniku głosowania doprowadził drugi referent dyrektor gimnazyjalny Dr. Fulda, okazując graficzną tablicę statystyczną, w któréj wykazano, że choroby, o których w tezach mowa, przebywają dzieci prawie wszystkie przed dojściem do wieku szkolnego. (Dok. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* W półroczu letniém 1885 liczba uczniów medycyny wynosiła: we Wiedniu 2307, w Monachijum 1129, w Berlinie 1072, w Dorpacie 803, w Würzburgu 784; w Lipsku 662, w Fryburgu 474, w Gryfii 457, we Wrocławiu 397, w Gracu 371, w Krakowie 334, w Hali 316, w Bonnie 311, w Heidelbergu 265, w Królewcu 251, w Marburgu 247, w Tübindze 242, w Kielu 227, w Strasburgu 222, w Erlandze 219, w Gietyndze, Jenie i Zurychu po 204; w Bernie 186, w Giessen 159; w Bazylei i Genewie po 104, w Rostoku 92.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 20—26 września umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28,5. Z odry umarło 4 (3 z. t.); z płonicy 2 (0 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 2 (0 z. t.); z biegunki 6 (5 z. t.); z zapalenia płuc 6 (4 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 7 przypadkach odry, 1 płonicy, 1 krztuśca. W tygodniu od 13—19 września umarło z ospy: w Bazylei, Petersburgu i Zurychu po 1; w Warszawie, Paryżu, Rzymie i Budapeszcie po 2; w Pradze 3, w Londynie 6, w Wiedniu 10; zachorowało na ospę: we Wrocławiu, Hamburgu po 1; w Petersburgu 2, w Budapeszcie 4, w Wiedniu 35, w Londynie 47. Z duru osutkowego umarło: w Budapeszcie, Gdańsku, Wiedniu i Petersburgu po 1; z duru brzusznego umarło w Paryżu 25; z płonicy umarło w Warszawie 15, w Hali 7, w Petersburgu 12, w Berlinie 17, w Londynie 20. Z błonicy umarło: w Berlinie 34, w Londynie 36. Z krztuśca umarło w Londynie 25.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 13—19 września umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,7; w Warszawie 29,5; w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 24,1; w Pradze 25,7; w Budapeszcie 23,0; w Berlinie 27,9; w Hamburgu 25,4; w Gdańsku 28,2; w Mnichowie 32,9; w Fryburgu 26,4; w Strasburgu 29,0; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Amsterdamie 17,0; w Bazylei 12,9; w Brukseli 27,9; w Chrystyjanii 17,7; w Kopenhadze 14,9; w Londynie 15,7; w Odesie 31,0; w Paryżu 20,9; w Petersburgu 26,1; w Rzymie 33,0; w Stokholmie 18,7; w Zurychu 13,5. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 8 października. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego Dr. Trzebicky przedstawił z kliniki prof. Mikulicza przypadek resekcyi krtani, uskutecznionéj z powodu przybłoniaka; mężczyzna przed 4ma miesiącami wyleczony mówi i obchodzi się bez kaniuli. Następnie odbył się zapowiedziany wykład prof. Browicza.

Na témże posiedzeniu uchwalono przystąpić do uroczystego odsłonięcia i zawieszenia portretu śp. prof. Kozubowskiego, co zapewne jeszcze w tym miesiącu nastąpi.

* Niebawem rozpoczną się wykłady w Wydziale lekarskim. O liczbie uczniów dotąd jeszcze nic stanowczego powiedzieć nie można, ponieważ wpisy dopiero się zaczęły i prawdopodobnie będzie ona, jeżeli nie większą, to przynajmniéj nie mniejszą, niż w roku przeszłym. Zakłady naukowe zostały odnowione, a niektóre po części przeistoczone korzystnie, jak np. klinika lekarska, zakład anatomii patologicznéj, mamy także nadzieję, że w roku szkolnym rozpoczynającym się nietylko ukończony będzie okazały gmach uniwersytecki, ale przystąpi się nareszcie do budowy kliniki chirurgicznéj. Grono nauczycielskie wreszcie wzmogło się kilku siłami młodszemi, a mamy uzasadnioną na

dzieję, że najdotkliwszy ubytek, którego Wydział doznał z początkiem roku bieżącego z powodu śmierci śp. prof. Piotrowskiego temi dniami w sam czas zastąpiony będzie w sposób powszechnemu życzeniu odpowiedni.

* Na kongresie frenijatrów i neuropatologów, który odbył się w pierwszych dniach września w Antwerpii, prof. Benedikt z Wiednia uczynił wniosek, przyjęty śród oklasków, aby kongres wypowiedział życzenie względem urządzenia klinik zbrodniarskich. Nowy ten rodzaj klinik wymaga objaśnienia: otóż mają to być kursa o psychologii karnéj, urządzane dla prawników w domach karnych w miastach uniwersyteckich. Pomysł, przyznać należy, całkiem nowy, dowodzący jednak, czém międzynarodowe Zjazdy czas swój wypełniają. Na szczęście urzeczywistnienie tego wniosku jest wprost niemożebne. Wnioskodawca zapomniał zapewne, że w miastach uniwersyteckich są wprawdzie Sądy i więzienia śledcze, ale więzienia dla większych zbrodniarzy znajdują się zazwyczaj w innych miejscowościach. Wypadałoby więc słuchaczów wozić np. do Wiśnicza. Czego zresztą mają uczyć się prawnicy w takich zakładach, trudno pojąć, ale oryginalność pomysłu wnioskodawcy w każdym razie nie podpada zaprzeczeniu.

* **Wiedeń**. Rząd zamierza ustanowić Urząd zdrowia dla całego Państwa na wzór niemieckiego. O tym zamiarze już kilkakrotnie donoszono.

* **Budapeszt**. Na posiedzeniu Rady sanitarnéj krajowéj, odbytém po wakacyjach, przewodniczył zastępca prezesa, celem wynurzenia imieniem Rady życzeń prezesowi prof. Lumniczerowi, oraz członkowi Rady Drowi Hirschlerowi z powodu powołania ich przez NPana na członków Izby Magnatów.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Graz**. Dr. Ludwik Ebner potwierdzony został jako docent prywatny chirurgii. — **Petersburg**. Dr. Pawłowski wybrany został etatowym docentem przy katedrze anatomii patologicznéj prof. Iwanowskiego. — O katedrę laryngologii ubiegają się Drowie Nikitin, Simanowski i Jakobson. — **Warszawa**. Prof. nadzw. oftalmologii Dr. E. Wolfring mianowany został prof. zwyczajnym.

* **Wiadomości osobowe**. Starszymi lekarzami w armii czynnéj mianowani zostali Drowie Józef Ortyński i Teodor Bohosiewicz, pierwszy przy szpitalu garnizonowym w Wiedniu, a ostatni w Krakowie.

* **Nekrologija**. W Lubelskiém umarł Dr. Michał Smoleński, licząc lat 70, lekarz w b. wojsku polskiém; po r. 1831 wykonywał praktykę we Francyi. W Turku (w kaliskiém) Dr. Konstanty Czerszyk, lekarz szpitalny. (*Medycyna*).

W Stolacu w Hercegowinie umarł tameczny lekarz powiatowy, Władysław Wierzbowski, lat 57 liczący, członek Tow. lek. galicyjskich.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 40: Rogowicza: Nowe zakłady publiczne dla biednych rodzących w Warszawie (c. d.); Janiszewskiego: Sprawozdanie z czynności oddziału chirurgicznego szpitala św. Jana Bożego w Lublinie (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 40: Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze III. Spirochety gorączki powrotnéj; Sokołowskiego: O włóknistéj postaci suchot płucnych (dok.).

Piśmiennictwo lekarskie. BREHMER sen. H. Die Aetiologie der chronischen Lungenschwindsucht. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 8. —

Na fundusz portretu śp. Kozubowskiego złożył Dr. Glücksmann z Piotrkowa 5 rs. (= 6 złr. 15 c.), oraz Dr. Z. 3 złr., co czyni razem z poprzednio złożonemi 311 złr. 74 kr.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 17 października 1885. № 42. Rok XXIV.

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

XXI.

Śmierć nagła w szkole. Wstrząs (shock)?

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

Maryja F., dziewczynka lat 8 czy 9 licząca, poprzednio zdrowa, będąc w szkole zachowała się niespokojnie, podczas gdy nauczyciel stał przy tablicy z uczniem. Celem ukarania jéj nauczyciel zaszedł do ławki, w któréj siedziała Maryja F., kazał jéj wyjść i oparłszy jednę nogę swoję o ławkę przełożył dziewczynkę przez kolano i prętem, który trzymał w ręku, wymierzył jéj dwa razy w pośladki przez suknię, poczém jéj polecił, aby poszła na swoje miejsce, sam zaś powrócił do tablicy. Według zeznania kolegów i koleżanek Maryja F. powróciwszy na miejsce śmiała się, obracała kartki w książce, którą miała przed sobą, wnet atoli siedząc zatoczyła się, zesunęła pod ławkę, a na krzyk sąsiadek przybiegł nauczyciel, podniósł mdlejącą, wyniósł ją na swych rękach na stół przed tablicą stojący, a nie mogąc się jéj docucić, posłał po lekarza miejskiego, w bliskości mieszkającego, który przybiegłszy natychmiast znalazł dziewczynkę już nieżywą. Przełożony szkoły zawiadomił Sąd o smutném zdarzeniu, a sekcyja sądowa, nazajutrz uskuteczniona, wykazała co następuje:

Oględziny zewnętrzne. 1) Dziecko płci żeńskiéj odpowiadające wiekowi 8 do 9 lat, odpowiednio zbudowane i odżywione. 2) Włos jasny dosyć długi. 3) Twarz sino zabarwiona, po obu skroniach miejsca wielkości soczewicy sino zabarwione, po nacięciu w pierwszéj chwili powierzchnia nie zalewa się krwią. 4) Powieki lekko rozwarte, źrenice miernie rozszerzone, tęczówki błękitne. 5) Jamy nosowe, jama ustna wolne, o błonie śluzowéj bladéj. 6) Na zewnętrznéj powierzchni muszli usznéj lewéj dwa zdarcia przyskórka wielkości grochu, muszle obustronnie sino zabarwione. 7) Szyja dosyć długa, ruchoma. 8) Klatka piersiowa krótka dobrze wysklepiona, w dołku podsercowym plaster laku wielkości grochu, odnogi górne na powierzchniach tylnych marmurkowo zabarwione. 9) Brzuch wzdęty, odnogi dolne w stawach ruchome, na tylnych powierzchniach marmurkowo zabarwione. 10) Powierzchnia grzbietowa począwszy od karku aż do kości ogonowéj jednostajnie sino marmurkowo zabarwiona. 11) W miejscu odpowiadającém pierwszemu wyrostkowi kolczastemu kości krzyżowéj dwa sińce wielkości dużéj fasoli, po nacięciu których wycieka ciemna gęstawa krew. Zewnętrznie uwagi godnego nic więcéj nie znaleziono.

Oględziny wewnętrzne. 12) Wewnętrzna powierzchnia skóry czaszki na części przodkowéj różowo zabarwiona, na części odpowiadającéj potylicy mocno przekrwiona, tak że po odjęciu takowéj kość potyliczna jednostajnie zalewa się krwią. 13) Po przepiłowaniu kości czaszki przez szparę wydobywa się ciemna krew. 14) Po otwarciu czaszki przedstawia się twardówka mętna, mocno napięta, jednostajnie pokryta porozszerzanemi naczyniami żylnemi, po których nacięciu wycieka bardzo obficie ciemno czarna krew. 15) Po oddaleniu twardówki widać oponę miękką cienką, przeświecającą z porozszerzanemi naczyniami. 16) Przez oponę miękką przegląda miąższ mózgu jednostajnie różowo zabarwiony mocno przekrwiony. 17) Na przekroju miąższ mózgu przedstawia nadzwyczaj liczne większe i mniejsze punkty krwawe. 18) Zwoje mózgowe przypłaszczone, rowki międzyzwojowe wyrównane, w komórkach nieco płynu. 19) Móżdżek przekrwiony również w bardzo wysokim stopniu. 20) Tchawica wolna o błonie śluzowéj bladéj. 21) Płuca wolne, marmurkowo zabarwione, w płatach dolnych i tylnych zastoinowo przekrwione, na przekroju powierzchnia zalewa się cieczą pienistą, przy ucisku i dotyku płuco trzeszczy. 23) Serce wielkości prawidłowéj o komórkach i zastawkach prawidłowych, w jamach zaś komórek bardzo nieznaczna ilość krwi płynnéj. 23) Wątroba nieco powiększona, brunatno zabarwiona, o torebce gładkiéj, przez którą wygląda miąższ brunatny,

na przekroju zalewający się krwią. 24) Śledziona o torebce pomarszczonéj z miąższem brunatnym. 25) Żołądek zawiera treść gęstawą zapachu kwaśnego. 26) Nerki wielkości prawidłowéj, mocno przekrwione, tak w istocie korowéj jakotéż w istocie rdzeniowéj. 27) Jelita cienkie i grube nie przedstawiają nic nieprawidłowego. Wewnętrznie zresztą nic uwagi godnego nie znaleziono.

Na podstawie wyniku sekcyi pp. obducenci orzekli co następuje:

Znajdujemy się wobec nader trudnego faktu wykazania przyczyny śmierci, gdzie jéj po najdokładniejszém badaniu znaleźć nie podobna. Dziecko zdrowe, dobrze odżywione i zbudowane, nie przedstawia żadnych zmian patologicznych, prócz silnego przekrwienia mózgu. Według wywiadów przychodzi do szkoły zdrowe. Za jakieś przestępstwo zostaje ukarane w ten sposób, iż je przewieszają przez kolano i wymierzają dwa czy trzy uderzenia zwykłą cienką trzcinką. Dziecko wraca do ławki, przechyla się i spada nieżywe. Zewnętrznie śladów żadnych nie ma, prócz dwóch małych sińców wielkości fasoli, powstałych najprawdopodobniéj przy upadku.

Wewnętrznie wykazała sekcyja silne przekrwienie mózgu i opon mózgowych. Płuco oprócz opadowego przekrwienia w częściach tylnych i dolnych nic nie przedstawia nieprawidłowego.

Serce funkcyjonowało należycie, gdyż ani w miąższu ani w zastawkach żadnych zmian patologicznych nie znaleźliśmy.

Podobne przekrwienie mózgu i zabarwienie ciemne krwi wydarza się w uduszeniach; wykluczamy jednakowoż takowe stanowczo, gdyż dziecko po otrzymaniu kary wróciło samo do ławki.

Przekrwienie mózgu jako takie, choćby nawet tak silne, jak w obecnym wypadku, nie sprowadza śmierci natychmiastowéj, lecz dopiero późniéj w swoich następstwach.

Wobec takiego obrazu sekcyi, wobec braku wszelkich widocznych przyczyn śmierci przyjąć nam wypada za takową tak zwany „shok“ czyli „wstrząs“.

Goltz wykazał licznemi doświadczeniami na żabach, iż uderzenia w brzuch wywołują powstrzymanie ruchów sercowych, czyli porażenie serca. U ludzi zachodzi taż sama możliwość, jeśli podziała silne urazowe wstrząśnienie szczególniéj na *nervus splanchnicus* i jego rozgałęzienia, tu bowiem występuje porażenie nerwów naczyniowych i serca w następstwie. W wypadku obecnym przerzucono dziecko przez kolano, zapewne nie bardzo łagodnie, nastąpiło silne wstrząśnienie przepony, a w połączeniu z podrażnieniem nerwów obwodowych przez uderzenie trzciną nastało porażenie serca czyli wspomniony „shock“.

Wypada ztąd, iż śmierć stoi w niniejszym przypadku w ścisłym przyczynowym związku z wymierzoną karą, gdyż najprawdopodobniéj nie byłoby tak nagle zginęło, gdyby nie było w ten sposób karcone. Z drugiéj zaś strony faktem jest niezaprzeczonym, iż żaden człowiek zwykłym rozumem przewidziećby nie mógł, że dwu- lub trzykrotne uderzenie trzciną w pośladek, które nawet śladów po sobie nie zostawiło, sprowadzi śmierć, ztąd téż i karzący żadną miarą przewidzieć tego nie mógł. Sam fakt wystąpienia „shoku“ świadczy, iż dziecko było usposobioném do doznania takowego, iż było nerwowe i wrażliwe; usposobienia zaś tego najprawdopodobniéj karzący nie znał, a przewidzieć go żadną miarą nie mógł.

Przekrwienie mózgu nie jest przeciwobjawem „shoku“, a tłumaczyćby sobie je mogli zmianą punktu ciężkości ciała, przy przewieszeniu takowego przez kolano.

Wspomnijmy nakoniec, iż daleko cięższe kary i obrażenia ciała nie sprowadzają śmierci, a zmuszeni będziemy wypadek obecny policzyć na karb nader nieszczęśliwego przypadku, na jaki nikt z góry nie mógł być przygotowanym.

Na podstawie tego orzeczenia Prokuratoryja oskarżyła nauczyciela o wykroczenie przeciw bezpieczeństwu dla życia, przeciw czemu oskarżony wniósł sprzeciw do Sądu Wyższego. Instancyja ta w rzeczy saméj odrzuciła oskarżenie dla braku dostatecznéj podstawy do ocenienia, co było właściwą przyczyną śmierci Maryi F. W szczególności wytknął tenże Sąd orzeczeniu lekarzy sądowych chwiejność i oparcie na przypuszczeniach dostatecznie nie uzasadnionych, a nawet sprzeczność, ile że lekarze na samym wstępie orzeczenia zaznaczają bez ogródki niepodobieństwo znalezienia powodu śmierci denatki, w dalszym zaś ciągu mimo to przypuszczają „Shok“ jako przyczynę śmierci, a wniosek ten opierają na zupełnym braku objawów widocznych, chociaż sprawdzili znaczne przekrwienie mózgu; przyczyny tego ostatniego objawu nie wyjaśnili w sposób przekonywający, bo nie wydaje się rzeczą prawdopodobną, aby chwilowa tylko zmiana punktu ciężkości ciała mogła wywołać tak znaczne przekrwienie mózgu, jak w danym razie, nareszcie orzeczenie wyklucza pomienioną zmianę w mózgu denatki w sposób dość pobieżny jako powód jéj zgonu i nadmienia tylko nawiasowo, iż ta zmiana nie jest przeciwobjawem „shoku“. Wobec tych braków i poruszonych wątpliwości Sąd pierwszéj instancyi udał się do Wydziału lekarskiego z prośbą, aby na podstawie załączonego protokołu oględzin z sekcyi zwłok Maryi F. wydał wyczerpujące orzeczenie o przyczynie śmierci denatki, któreby zarazem usuwało wszelkie wątpliwości wyżéj przytoczone.

Orzeczenie Wydziału opiewało jak następuje:

1. Sekcyja nie wykazała przyczyny śmierci Maryi F. a pp. obducenci wyraźnie przyznali, że przyczyny śmierci podać nie umieją. Wobec takiego stanu rzeczy Wydział lekarski, który tylko na protokole sekcyjnym polegać musi, nie ma żadnéj podstawy do wyjaśnienia przyczyny śmierci, a to tém mniéj, o ile na zwłokach nie sprawdzono żadnego śladu obrażenia, któreby niewątpliwie za życia powstało; opisane bowiem sińce nie posiadają nawet cech sińców rzeczywistych.

2. Do przypuszczenia śmierci skutkiem wstrząsu w danym przypadku **żadnéj nie ma podstawy**. Dwukrotne uderzenie w pośladki i to nie obnażone za pomocą prętu, uderzenie, które żadnego śladu nie pozostawiło na ciele, a tém mniéj przechylenie dziecka na kolano nie wywołuje wstrząsu, przeciw któremu przemawia okoliczność, że dziecko samo powróciło na swoje miejsce i w kilka chwil późniéj dopiero skonało. Możebny był wstrząs psychiczny, ale pominąwszy okoliczność, że istota tego wstrząsu nie jest jeszcze dostatecznie jasną, to w danym razie przeciw przypuszczeniu onego przemawiałoby zeznanie obwinionego, że denatka poszedłszy do ławki jeszcze figlowała i śmiała się, a nawet zeznanie świadka, że Maryja F. poszedłszy na swoje miejsce jeszcze kartki w książce obracała.

3. Jedyną zmianą ważniejszą było przekrwienie opon mózgowych i mózgu, które atoli z jednéj strony nie powstało skutkiem przewrócenia Maryi F. i chwilowego zwinięcia jéj głowy, a z drugiéj śmierci jéj nagłéj nie tłumaczy.

4. Wobec tych okoliczności Wydział lekarski nie ma żadnych podstaw do wytłumaczenia przyczyny śmierci Maryi F. a tém samém nie jest w możności udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy zachodzi jaki związek przyczynowy pomiędzy jéj śmiercią a karą wymierzoną przez obwinionego.

Bardzo słusznie pp. obducenci podali we wstępie swego orzeczenia, że przyczyny śmierci w danym przypadku wyjaśnić nie mogą, ale niemniéj trafną jest krytyka Sądu Wyższego, upatrującego sprzeczność w wywodzie lekarskim. Faktem jest, że wynik sekcyi był ujemnym; nie wchodzimy w to, czy nie dałaby się przy sekcyi znaleźć jakaś zmiana anatomiczna, mogąca rzucić światło na zagadkową, nagłą śmierć dziecka, przed chwilą niby całkiem zdrowego; nie zapuszczając się w domysły, a polegając wyłącznie na treści protokółu sekcyjnego, będącego główną podstawą orzeczenia naszego, musieliśmy wyznać, że nie jesteśmy w stanie wyjaśnić przyczyny śmierci Maryi F. Rzecz to przykra dla Wydziału, a przyznajemy, że o wiele przykrzejsza dla obducentów; mimo to atoli i im nie pozostało nic innego, jak tylko przyznać się otwarcie do niemożności wyjaśnienia przyczyny śmierci, a tém samém i kwestyi, czy i jaki zachodzi związek pomiędzy ukaraniem dziecka a jego nagłym zgonem. Pp. obducenci natomiast starali się więcéj tłumaczyć, aniżeli ich stać było, i dla tego popadli w sprzeczność i niejasność. W kłopocie swym uciekli się pod opiekuńcze skrzydła „wstrząsu".

Nie ulega wątpliwości, że w praktyce sądowo-lekarskiéj zdarzają się przypadki, w których przyczyna śmierci jest niejasną; w takich razach wskazaném jest najskrupulatniejsze badanie przyrządów, zazwyczaj milczeniem pomijanych, jak np. trzustki, oraz badanie drobnowidowe np. mięśnia sercowego, ale są i przypadki, w których mimo to wszystko przyczyny śmierci wykazać nie można i w takich dopiero razach lekarz sądowy ma prawo przypuszczenia jednéj z przyczyn anatomicznie wykazać się nie dających, jak wstrząśnienia mózgu lub wstrząsu, ale też tylko pod pewnemi warunkami. Wiadomo, że dążnością jest nowoczesną, aby pojęcia wstrząśnienia i wstrząsu ograniczyć do granic jak najciaśniejszych, i w istocie udało się wyrugować z zakresu tych pojęć liczne przypadki, w inny sposób wytłumaczyć się dające, a w obrębie owych pojęć utrzymały się tylko te przypadki, w których nietylko nie znajdujemy **żadnych** zmian anatomicznych, ale które nadto tak pod względem etyjologii jak i przebiegu ściśle podciągać się dają pod owe pojęcia. Jak nie przypuszczamy obecnie, że każdy uraz głowy, choćby ciężki, był zdolnym wywołać wstrząśnienie mózgu, i że każde nagle powstałe skutkiem urazu i szybko śmiercią kończące się cierpienie mózgu było następstwem prostego wstrząśnienia, lecz wiemy, że wstrząśnienie powstaje przeważnie w skutek urazu na płaszczyznę większą działającego i że bez natychmiastowéj utraty przytomności o wstrząśnieniu w ściślém znaczeniu mowy nie ma, — tak też rozpoznanie shocku wobec zupełnego braku zmian anatomicznych opierać musimy na dwóch warunkach, a mianowicie: raz na należycie sprawdzonym **silnym** urazie, zadanym w pewne okolice kadłuba, jak w brzuch, jądra, krtań itd., a powtóre na również dokładnie sprawdzonym obrazie chorobowym, w którym mieszczą się owe objawy, jakie według doświadczenia śród wstrząsu występują za życia; objawami zaś temi są: ogólna niedokrewność, widoczna na powierzchni ciała, obniżenie ciepłoty, tętno małe, szybkie, niedokrewność mózgu, zdradzająca się znaczną i uderzającą apatyją, wymiotami itd.; objawy te są tak wybitne, że niektórzy w nich znajdują podobieństwo do objawów cholery azyjatyckiéj, i że rozróżnienie wstrząsu od zemdlenia i zapadu wcale dobrze jest możebném. Czy w danym przypadku dane były te dwa niezbędne warunki do przypuszczenia wstrząsu? Nie wahamy się odpowiedzieć na to pytanie stanowczo: nie. Dwukrotne uderzenie prętem w pośladki, pokryte sukniami, a tém mniéj przełożenie dziecka na kolano, nie może uchodzić za **silny uraz**, mogący wywołać wstrząs, a zachowanie się uczennicy po powrocie na miejsce jéj wcale obrazowi wstrząśnienia nie odpowiada. Co większa, w protokole sekcyjnym znajduje się szczegół, przemawiający nawet wprost przeciw wstrząsowi; jest nim owo znaczne przekrwienie mózgu i jego opon, które zarazem przemawia i przeciw wstrząsowi psychicznemu, którego tu z dwóch nadto przyczyn przypuścić nie można było: raz z powodu, że istota wstrząsu tego już wcale mało jest nam znaną, a powtóre, że trudno przypuścić, aby dziecko w skutek takiéj kary miało doznać tak znacznego urazu psychicznego, przeciw któremu i zachowanie się po powrocie do ławki przemawia. Słusznie zanważył także Sąd, że tak znacznego przekrwienia mózgu nie można przypisać chwilowemu przechyleniu głowy dziecka. A więc przekrwienie to pozostaje nie wyjaśnioném; że zaś samo śmierci wcale nie tłumaczy, jest rzeczą jasną. Wobec takiego położenia rzeczy nie pozostało Wydziałowi nic innego, jak orzec ujemnie, i pozostawić sprawę nie wyjaśnioną.

II. O leczeniu duru brzusznego.

(Wykład w Sekcyi lwowskiéj Tow. Lek. galic we Lwowie. 7 lutego 1885).

Napisał Dr. W. Pisek,
b. asystent Uniw. Jagiell., i lwowskiego szpitala powszechnego.

(Dokończenie Patrz Nr. 41).

Stale można te laseczniki wykazać w naciekach jelit, zkąd dopiero się dostają do innych, zazwyczaj w durze zajętych narządów. Stwierdzono również w samym świetle naczyń nadzwyczaj silny rozrost laseczników. **Maragliano** (*Centralbl. f. d. med. Wissensch.* 1882, Nr. 41) stwierdził we krwi śledziony (ściągniętéj za pomocą strzykawki Pravaza) obecność tych laseczników, podczas gdy we krwi z palca wziętéj było ich mało, za to były wyłącznie ciałka kuliste. Poszukiwanie **Almquista** stwierdziło to, co wiemy dotąd. Otóż i wszystko, co o przyrodzie pasorzytniczéj duru brzusznego wiemy; odpowiedzi na pytanie, czy te laseczniki są przyczyną choroby, nie mamy. Nawiasowo przypominam, że już przed laty może czterdziestu genijalny **Schönlein** szukał pasorzytów w durowych naciekach kęp Peyera, lecz w obec metod bardzo „prymitywnych" bezskutecznie. Wszelkie doświadczenia mające zadanie przeszczepić chorobę za pomocą laseczników, a doświadczenia robili **Almquist**, **Letzerich**, **Klebs**, **Murchison**, **Moczutkowski**, **Klein**, do wyniku dodatniego nie doprowadziły, tak iż oprócz laseczników, towarzyszących zawsze durowi, muszą istnieć i rzeczywiście istnieją inne przyczyny mogące wytwarzać skuteczny jad durowy. Jak widzimy odkrycie laseczników durowych mało co zmienia nasze pojęcia dotychczasowe dotyczące patologii téj choroby, a na pojmowanie przyczyny śmierci po tyfusie wcale nie wpływa. Co do mnie wcale żadnych innych nowych wskazówek leczniczych nie widzę, po

dowiedzeniu się, że w tyfusie są i gdzie są laseczniki. Żadnego nie mam dowodu istotnego, że w razie możliwego wczesnego wyniszczenia wszystkich laseczników w naciekach, ścianach jelit, naczyniach limfatycznych, gruczołach i naczyniach krwionośnych, choroba *eo ipso, cessante causa cessat effectus*, ustanie, gdyż nawet gdy laseczniki same giną, do czego w przebiegu choroby zawsze przychodzi, choroba wcale się nie kończy lub zmienia.

I przed odkryciem laseczników durowych wiedzieliśmy, że prawdopodobnie, ale tylko prawdopodobnie, pierwszą stacyją jadu był przyrząd gruczołowy końcowego odcinka jelita cienkiego, ztąd też stósowanie kalomelu. Teraz zdaje się, że znamy ów jad, ale reszta pojęć się nie zmieniła. Wyobrażaliśmy sobie, i tak samo i teraz, że pierwszym objawem zadziałania jadu jest obrzęk gruczołów i podwyższenie temperatury, prawdopodobnie całkiem niezależne od zmian gruczołowych, a zatém jakieś zadrażnienie ośrodków nerwowych. Za tém przemawiać się zdaje inny szczegół, że często stwierdzić można niestosunek między objawami miejscowemi (w jelitach) a objawami ogólnemi, *in specie* gorączką. Ilość i ciężkość zmian jelitowych nie musi iść w parze z objawami ogólnemi i to, jak to przed kilku laty w jednym z roczników Charité opisano, nawet niestosunek może być tego rodzaju, że zmiany anatomiczne w jelitach odpowiadają innemu tygodniowi, niż objawy kliniczne. Co do późniejszego stanu gorączkowego, nazywa go słusznie Z ü l z e r posocznicowym, gdyż gorączka z wessania istot gnilnych zawdzięcza swój początek sprawom wrzodziejącym w jelitach. Otóż innego punktu oparcia w naszych zabiegach leczniczych mieć nie możemy, jak systematyczne zapobieganie konsumpcyi organizmu, a najwięcéj pośrednio czy bezpośrednio, niszczy go gorączka. A w pierwszéj linii znów serce jest tym narządem, któremu zagraża gorączka dezorganizacyją jego pierwocin. Wiemy dziś, że nie tylko zmniejszony dowóz tlenu (*Bronchitis*, T r a u b e), obok zwiększonéj pracy serca, w durze brzusznym sprowadza zwyrodnienie serca, ale że obok tego i obok gorączki działa cały szereg innych wpływów, pośrednio gorączką sprowadzonych, zabójczo na mięsień sercowy i tak wysoki stan gorączkowy sprowadza niedokrewność, zwiększoną często biegunką, upośledzeniem asymilacyi, a niedokrewność ta w durze przyspiesza oczywiste zwyrodnienie serca; również jest rzeczą prawdopodobną, że i upośledzenie innerwacyi wpływa niekorzystnie na odżywienie mięśnia sercowego itd. Zawsze widzimy, że taka gorączka jak w durze jest jednym z najniebezpieczniejszych objawów dla ustroju, i ona z konieczności stanowi jedno z najważniejszych wskazań, w gruncie rzeczy obejmujące wszystkie inne. To wskazanie jest idealném, obejmuje wszystko, czego od leczenia wymagamy. Nie mamy żadnego powodu, jak widzimy, pomimo znajomości laseczników, lekceważenia gorączki i tak jak przed tém tak i teraz uważać musimy jako przyczynę śmierci w przypadkach duru nieskomplikowanych, p o r a ż e n i e s e r c a sprowadzone anatomicznemi zmianami jego włókien mięsnych. Zwyrodnienie miąższowe ostre, jak je określił przed laty jeszcze V i r c h o w, uniemożliwia fizyjologiczną czynnność serca—jest przyczyną śmierci.

Po części dotyczy to także i „porażenia mózgu", którego pierwociny również oprzeć się nie mogą zabójczym wpływom wygórowanéj ciepłoty [1]). Żadnych natomiast danych nie mamy jak dotąd, abyśmy zejście śmiertelne w durze brzusznym czynili zależném od laseczników, gdyż wcale nie znamy ich stosunku do sprawy chorobowéj. Kilka danych stawia owszem wpływ laseczników w całkiem odmienném świetle. Giną one lub ilościowo znacznie się zmniejszają po wielkich ilościach chininu, a w późniejszych okresach duru brzusznego wcale ich nie ma.

Jak na teraz mówić o leczeniu swoistém, antyseptyczném duru brzusznego byłoby rzeczą jeszcze może przedwczesną. Nadto zważyć należy, że w jodzie wcale nie posiadamy środka, któryby w tak iście homeopatycznych dawkach, jak je kol. Dr. J. poleca, był w stanie w durze brzusznym działać zabójczo na grzybki. Ściśle rzecz biorąc redukuje się tu kwestyja aptecznego leczenia duru brzusznego do pytania, czy dać pierwszeństwo jodowi czyli raczéj jodkowi potasu, czy téż pozostać przy chininie, mającym za sobą tysiąckrotnie stwierdzoną skuteczność, a będącym również dzielnym środkiem antyseptycznym, przez co właśnie nasza dziś używana antypireza jest w części również i metodą antyseptyczną. Otóż jod sam przez się należy istotnie do silniejszych środków przeciwgnilnych ale nie w ilości i postaci jako JK. S k u t e c z n y zakres leczniczy jodku potasu dziś jest o wiele szczuplejszy niż dawniéj, dziś przekonaliśmy się, że jodek potasu z wyjątkiem kiły t. zw. trzeciorzędnéj a może i przerostów gruczołów, wszędzie gdzieindziéj bardzo niepewnie lub wcale nie działa. Czysty jod według Kocha w rozczynie 1:1500 powstrzymuje rozwój prątków wąglikowych a o jodku potasu wcale nie wiemy, czy i o ile działa antyseptycznie. Z analogii nie wolno tu wnioskować ani budować systemów leczniczych, właśnie bakteryjologija w nader liczne ostrzegające przykłady obfituje. Przedewszystkiém należałoby zbadać zachowanie się laseczników durowych w obec jodu i jodku potasu, i to szczególniéj zarodników; zwracam przy tém uwagę, jak mało w ogóle znamy biologii laseczników durowych, a następnie możnaby się odważyć może na zastósowanie wewnętrzne przy łóżku chorego. A z drugiéj znów strony po co szukać środka innego, gdy mamy chinin, którego własności obniżania gorączki nie ulegają wątpliwości, i powtóre którego własności antyseptyczne również dokładnie są znane. Zwracam nadto uwagę na inne korzystne działanie chininu, na jego własności utrudniające a w części powstrzymujące rozpad istot białkowatych w ustroju żywym. Jak wiadomo, dotąd istniały sprzeczne w tym kierunku poglądy. Otóż P r i o r w swéj pracy (*Arch. f. d. ges. Physiol.* XXXIV 5 i 6) stwierdził stanowczo tę własność chininu. Wykazał on nadto, że ilość moczu wzrasta proporcyjonalnie do wielkości zażytego chininu i zmniejszania się tych składników moczowych, które za produkty końcowe przemiany istot białkowatych uważamy. Szczegóły te, mojém zdaniem, tylko utrwalić mogą używanie chininu. Co do własności antyseptycznych, to chinin jest środkiem antyseptycznym i bardzo silnym, gdyż według B i n z a już w 0,2% rozczynie dorównywa fenolowi co do wpływu na sprawy gnicia. Doświadczenia L a v e r a n a (*Comptes rendus de l'Acad. de sc. Paris*, octobre 1882), B i n z a (*Antiseptica zur inneren*

[1]) Bynajmniéj nie chcę przez to twierdzić, że koniecznie wysokiéj gorączce towarzyszyć muszą ciężkie objawy nerwowe. Owszem wydarzają się często przypadki z bardzo ciężkiemi objawami nerwowemi, pomimo że ciepłota ledwie dochodzi 39°C. i na odwrót, co jest częstszém, gdzie pomimo bardzo wysokiéj ciepłoty cięższych objawów nie ma a przytomność utrzymana. Dzieje się to zresztą i w innych chorobach zakaźnych. Z tego tylko tyle wynika, że nie wszystkie indywidua jednako reagują na podwyższenie ciepłoty, powtóre że przyczyną cięższych objawów nerwowych nie musi być wysoka ciepłota. Sąto wszelako zawsze wyjątki.

Anwendung. Centralbl. f. kl. Med. 1883, str. 89—298) Ziehla (*Einige Beobachtungen über den Bacillus malariae. Deutsche med. Woch.* Nov. 1882) i w. i. stwierdziły niezbicie, że chinin działa swoiście na laseczniki zimnicze (Marchiafava i Cuboni) i to ubezwładniając je, tamując ich rozwój, a więc ściśle jako środek przeciwgnilny, przeciwpasorzytniczy. Ztąd też pomyślne skutki po zadaniu chininu w apireksyi. Dla spiryl duru brzusznego jest chinin (w $^1/_2$ % roztczynie) podobnie jak i fenol nieskuteczny, jak to niedawno Engel dowiódł, podczas gdy działa w zimnicy i durze, oczywiście nie inaczéj, jak tylko bezpośrednio działając skutecznie ma przyczynę gorączkę sprowadzającą, być może w naszym przypadku na pasorzyty durowe. Na wszelki przypadek zdaje się nie ulegać dzisiaj już żadnéj wątpliwości, że wszystkie nasze środki przeciwgorączkowe są zarazem lekami przeciwgrzybkowemi czyli przeciwgnilnemi. Gdy się rzecz tak ma, nie można wcale antipyrezie zarzucić, że jest tylko wynikiem empiryi, bez podstaw naukowych, że w obec zdobyczy bakteryjologicznych ostać się nie może! Owszem w tym przypadku, jak w wielu innych nauka potwierdza empiryję dopiero późniéj, tak się rzecz miała i z antyseptyką Listera, tak się rzecz ma i ze znaczeniem chininu, jako silnego filara antipyrezy. W obec powyżéj przytoczonych faktów wcale nie ma powodu zmienić nasze postępowanie lecznicze w durze brzusznym. Za antipyrezą przemawia anatomija patologiczna,—ta poucza nas o przyczynie śmierci w durze brzusznym i zarazem wykazuje, że od czasów zaprowadzenia antipyrezy dawniejsze obrazy sekcyjne z rozległemi spustoszeniami w durze brzusznym należą do rzadkości; przemawia obserwacyja kliniczna nieuprzedzona,—wykazująca złagodzenie wszystkich przypadów; przemawia patologija doświadczalna,—stwierdzająca znakomity wpływ antipyrezy na asymilacyję; przemawia bakteryjologija,—wskazująca, że część składowa naszego aparatu leczniczego antipyretycznego, to jest chinin, działa prawdopodobnie jako środek przeciwgrzybkowy, choć w tym kierunku szczegółów nie znamy; przemawia wreszcie za antipyrezą i statystyka sumienna,— na kilkudziesięciu tysiącach chorych stwierdzona.

W kilka miesięcy po odczytaniu powyższych uwag w „Towarzystwie lek." doszły mnie wyniki Ebsteina odnoszące się do leczenia duru brzusznego (*Die Behandlung des Unterleibstyphus*, Wiesbaden 1885). Na szczególniejsze uznanie zasługuje drobiazgowe wyliczanie stósowanych przepisów higijeniczno-dyjetetycznych, któremu E. znakomite przypisuje wyniki, nie pomijając oczywiście i leczenia ściśle przeciwgorączkowego. Z całego przedstawienia rzeczy okazuje się prof. E. jako znakomity eklektyk, niehołdujący skrajnym zapatrywaniom w terapii, jako dzielny lekarz praktyczny, który zawsze ma w pamięci πρότον τὸ μὴ βλαπτεῖν. Oto rezultaty do jakich dochodzi prof. E.:

1) Tak zwane leczenie poronne duru brzusznego kalomelem jest leczeniem korzystném, a więc polecenia godném.

2) Leczenia przyczynowego duru brzusznego, prócz leczenia poronnego, dotąd nie ma. Leczenie w téj chorobie na teraz może być tylko objawowém, tj. takiém, które uwzględnia wszelkie objawy chorobowe a w szczególności osobnicze właściwości przypadku poszczególnego. Przedewszystkiém zdaje się, że leczenie dyjetetyczne, rozumne, tj. groźnéj inanicyi zapobiegające żywienie chorego ma równie wielkie znaczenie jak wszelki zabieg leczniczy.

3) Zwalczanie wysokiéj ciepłoty, nawet i dłuższy czas trwającéj, tylko wtedy jest w durze koniecznéem, jeżeli téjże ciepłocie towarzyszą ciężkie objawy ze strony serca lub układu nerwowego (lub obydwóch), lub też jeżeli ciepłota wygórowana sama przez się dochodzi do granic życiu zagrażających.

4) Obserwacyje powyższe uprawniają do uwagi, że nawet jeśli się obierze jako wyłączny sposób leczniczy nie leczenie hydryjatryczne lub inny sposób t. zw. ściśléj antipyrezy, lecz leczenie powyższe (Ebsteina), że i wtedy można dojść do wyników, które pod względem szybkości i pewności nie są gorsze a przeciwnie przewyższają wzmiankowane sposoby lecznicze łatwością wykonania i przyjemném oddziaływaniem na chorego.

Zdaniem E. kąpiele są najsilniejszym środkiem podniecającym, a użycia tychże nie należy zaniedbywać tam, gdzie inne środki są niewystarczającemi.

A zatém nie leczenie przeciwgrzybkowe swoiste, lecz objawowe z najskrupulatniejszém uwzględnieniem własności osobniczych chorego i racyjonalną antipyrezą umiarkowaną według wyż cytowanéj zasady Liebermeistra: *„dass der Kranke die Krankheit überlebe."*

W chwili, gdy uwagi te oddaję do druku, dochodzi mnie sprawozdanie z tegorocznego Zjazdu klinicystów. Na uwagę zasługuje w dyskusyi nad antipyrezą, przemówienie Liebermeistra, który podnosi znów kwestyję dobroczynnego może wpływu gorączki, wartości antipyrezy itd. Dedukcyje jednakowoż tak tego klinicysty jak niemniéj przemówienia nader cenne, które wygłosili Filehne, Jaksch, Strümpell, Bauer, Rossbach i wielu innych, nie świadczą, abyśmy w naszém obecném postępowaniu leczniczém mieli poczynić ważniejsze zmiany.—Kończę słowami jednego z nich: *„So lange wir keine Specifica haben, können wir der Antipyretica.... nicht entbehren."*

III. Przyczynek do kazuistyki wycinania wrzodu stwardniałego.

Podał Dr. A. Zarewicz,
prymaryjusz oddziału chorób wenerycznych i skórnych,
docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

9. X. Y., lat 25 liczący, medyk, podawał, iż w dniu 5/1 1883 powstała u niego wkrótce po spółkowaniu mała ekskoryjacyja, którą on za ekskoryjacyję z powodu mechanicznego obrażenia powstałą uważał. Ekskoryjacyja ta wkrótce zagoić się miała, jednak 12 stycznia ponownie bez przyczyny wystąpiła, a tym razem pacyjent wejrzeniem jéj zaniepokojony zasięgnął méj porady w d. 14 stycznia. W dniu tym zmiana, na wewnętrznéj stronie napletka po stronie lewéj w pobliżu wędzidełka ułożona, przedstawiała się jako ściśle okrągła ekskoryjacyja wielkości soczewicy, o podstawie lekko stwardniałéj. Powierzchnia ekskoryjacyi była gładka, barwy ciemno-czerwonéj bez żadnéj na powierzchni wypociny. Gruczoł pachwinowy prawy był nieznacznie powiększony. Chory był miernie niedokrewnym.

Niemając najmniejszéj wątpliwości co do natury ekskoryjacyi wyciąłem wrzód stwardniały rano w dniu 15/1. Szwy odjęto dopiero 4go dnia. Rana zabliźniła się w przeważnéj części przez rychłozrost, a tylko na bardzo małéj przestrzeni goiła się przez ropienie. Zupełne zagojenie nastąpiło do dnia 21go stycznia.

W tym samym dniu zauważyłem, iż gruczoł pachwinowy prawy w dwójnasób się powiększył. W dziesięć dni później (31/1) wyczuć można było dość znaczną stwardniałość w bliźnie, która według podania chorego przed trzema dniami poczęła się wytwarzać. Gruczoł pachwinowy prawy znacznie obrzękł, a gruczoły pachwinowe lewe były licznie lecz w znacznie mniejszym stopniu niż prawe powiększone. Zresztą nigdzie nie było zmian. Na stwardniałość polecono choremu przyłożyć *empl. hydrargyri cum empl. saponato āā.*

W dniu 8 lutego wystąpiły pierwsze zmiany na skórze jako wysypka plamista skąpo rozsiana na tułowiu, brzuchu i odnogach górnych po stronie wewnętrznéj, tu i owdzie znajdowały się plamy wyniosłe. W jamie ustnéj nie było żadnych zmian. W miejscu wyciętego wrzodu wzdłuż całéj blizny znajdowała się znaczna stwardniałość o powierzchni nierozpadłéj. Gruczoły karkowe i barkowe nie były powiększone, pachwinowe utrzymywały się niezmiennie w jednakowym stopniu. Wejrzenie chorego miernie niedokrewne. Zmiany na skórze miały powstać przed trzema dniami. Choremu polecono daléj przykładać na stwardniałość przylepiec rtęciowy. W cztery dni później wysypka liczniéj wystąpiła, rozpoczęto zatém leczenie wewnętrzne za pomocą jodku potasowego z małym dodatkiem jodku rtęciowego. Wkrótce wytworzyła się jedna powierzchowna kłykcina sącząca około odbytu i taka sama na mosznach. W dalszym przebiegu w czasie leczenia powstały na głowie między włosami bardzo nieliczne grudki pokryte strupkami, a nieco później wystąpiły na wardze ust dolnéj i na obu migdałkach niemniéj na powierzchni języka kłykciny sączące.

Zmiany wszystkie ustąpiły po leczeniu ogólném i miejscowém do dnia 17 maja 1883, gruczoły pachwinowe znacznie się zmniejszyły. W tym czasie z powodu biegunki wstrzymano także leczenie wewnętrzne.

W dniu 12 lipca powstały ponownie powierzchowne kłykciny sączące na obu migdałkach, a dość rozległe na krawędzi języka po obu stronach. Na przodowym brzegu mięśnia schylacza głowy po stronie prawéj ułożony gruczoł był powiększonym. Choremu polecono wewnętrzne używanie jodku potasowego, obok miejscowego leczenia kłykcin sączących. Kłykciny na migdałkach rychło ustąpiły, na krawędziach jednak języka polepszenie zwolna postępowało, tak że dopiero z końcem września uporano się z temi zmianami. Od tego czasu aż do dnia 25 kwietnia 1885, w którymto czasie chorego po raz ostatni widziałem i badałem, powrotów cierpienia nie było.

Jeżeli przypuścimy, iż ekskoryjacyja, która u pacyjenta naszego w dniu 5 stycznia 1883 wkrótce po spółkowaniu wystąpiła, była już wrzodem pierwotnym, natenczas wrzód pierwotny w powyższym przypadku wycięto w dniu dziesiątym. Rana zagoiła się w przeważnéj części przez rychłozrost; w kilka dni po zagojeniu się rany rozpoczęła się wytwarzać w bliźnie stwardniałość, która lubo przybrała znaczne rozmiary nie rozpadła się jednak na powierzchni. Gruczoły pachwinowe po wycięciu wrzodu, a przed powstaniem stwardniałości w bliźnie, jeszcze się powiększyły. Zmiany ogólne wystąpiły około 32 dnia jako dość obfita wysypka plamista miejscami wyniosła; w ciągu leczenia wystąpiły nieznaczne kłykciny około odbytu, na mosznach i nieco znaczniéj w jamie ustnéj i zmiany na głowie między włosami. Gruczoły karkowe i barkowe nie były powiększone. Następna recydywa wystąpiła w jamie ustnéj a równocześnie z nią obrzękł gruczoł szyjny prawy.

Jeżeli uwzględnimy w całości powyższy obraz chorobowy, to zdaniem mojém przyznać musimy, iż dotychczasowy przebieg kiły w przypadku opisanym, mimo nieco większéj uporczywości w ustępowaniu kłykcin sączących na krawędzi języka, był łagodnym.

10. T. N., lat 24, nauczyciel prywatny. Przypadek ten zasługuje o tyle na szczególniejszą uwagę, iż czas powstania wrzodu stwardniałego może być najdokładniéj oznaczonym, albowiem lecząc chorego na przewlekłą rzeżączkę cewki moczowéj często go badałem. W dniu 23 marca 1883 badając chorego nie zauważyłem jeszcze żadnych śladów świeżego zarażenia się; również w dniu 25 marca chory obmywając rano, jak to zwykł był zawsze czynić, prącie, i wstrzykując do cewki moczowéj polecone sobie lekarstwo nie dostrzegł jeszcze także żadnych zmian, dopiero wieczór tegoż dnia zauważył na napletku małą rankę. Chory będąc przekonanym, iż ranka ta nie może być czém innem, jeno przypadkowém obrażeniem, zwłaszcza że po raz ostatni spółkował przed trzema tygodniami, ograniczył się do czystego utrzymywania prącia i zakładania pod napletek waty odtłuszczonéj. Mimo to jednak ranka się powiększała, a chory zbadany przezemnie w dniu 28 marca 1883 okazywał na wewnętrznéj powierzchni napletka po stronie lewéj rozpoczynający się wrzód stwardniały w postaci ekskoryjacyi wielkości grochu, w środku lekko zagłębionéj, prawie żadną wypociną niepokrytéj, o podstawie nieznacznie stwardniałéj. Gruczoł pachwinowy lewy był miernie powiększonym, w pachwinie prawéj wymacać można było pod blizną tamże się znajdującą kilka powiększonych drobnych gruczołków. Według zapewnienia chorego miała to być pozostałość po przebytym w tém miejscu dawnemi czasy, a dobrowolnie powstałym ropniu gruczołowym. W dziecięctwie pacyjent cierpiał na zołzy. Zresztą prócz rzeżączki przewlekłéj, objawiającéj się jedynie śluzowo-ropiastym skąpym wypływem z cewki, nie było żadnych zmian. Odżywienie pacyjenta było bardzo dobre, cera twarzy nieco blada, warga górna grubsza.

W dniu 29 marca rano wycięto wrzód, w dniu 1 kwietnia odjęto szwy; rana tylko w części zagoiła się przez rychłozrost, obrzmienie naokoło rany było nieznaczne, gruczoły pachwinowe nie powiększyły się. Do dnia 8/4 rana była zupełnie zagojoną i nie okazywała żadnego nacieku, chory uskarża się na lekką bolesność w pachwinie lewéj, jakkolwiek gruczoły nie okazywały żadnych innych zboczeń nad te, które wyżéj podano. Dopiero w dziesięć dni później (18/4) gruczoł pachwinowy lewy nieco się jeszcze powiększył, również gruczoł barkowy lewy był powiększonym. Blizna po wrzodzie wyciętym okazywała nieznaczną zbitość, na ciele nie było żadnych zmian. W dniu tym chory został przyjętym do szpitala na mój oddział.

Do dnia 6/5 nie zaszły żadne uwagi godne zboczenia, w dniu tym jednak wystąpiły bóle głowy, które tak we dnie jak i w nocy się utrzymywały. Przy obmacywaniu głowy pokazało się, iż bolesność głowy odpowiada trzem miejscowościom na kości bocznéj lewéj położonym; przy ucisku na miejsca bolesne bóle wzmagają się, obrzęku jednak żadnego wyśledzić nie można było. Choremu polecono używanie jodku potasowego w ilości 2·00 dziennie. Pod wpływem tego środka bóle głowy w kilku dniach ustąpiły. W owym czasie nie zauważano ani na skórze, ani na błonach śluzowych żadnych zmian. Naciek, który się w bliźnie po wyciętym wrzodzie wytworzył, ustąpił zupełnie. W gruczołach nie wystąpiły żadne świeże zmiany.

Do dnia 16 maja, t. j. dnia wyjścia chorego ze szpitala, widywałem go codziennie, odtąd zaś aż do dnia 26 czerwca nie widziałem pacyjenta z powodu jego nieobecności w Krakowie. Przez ten czas chory znajdował się w opiece kolegi Dra Krówczyńskiego we Lwowie, który mnie listownie zawiadomił, iż u pacyjenta w d. 29 maja pojawiły się na dłoni prawéj dwie grudki i bardzo mało widoczna a rozrzucona wysypka plamista

tylko na dolnéj części brzucha poniżéj pępka. Gruczoły karkowe były mało powiększone, barkowy lewy był wielkości małéj fasoli, a najmocniéj powiększone były pachwinowe po stronie lewéj. Leczenie było wyczekujące.

Gdy chorego w dniu 26 czerwca ponownie objąłem w leczenie, znalazłem téż same zmiany tylko spotęgowane, a mianowicie na tułowiu i odnogach górnych i dolnych, znalazłem obfite plamy syfilityczne, na dłoniach i podeszwach gęste grudki kiłowe w postaci t. zw. łuszczycy. Napletek i żołądź były zaczerwienione i pokryte ściśle ograniczonemi i lekko naciekłemi ekskoryjacyjami obok obfitego wydzielania smrodliwéj cieczy ropiastéj. Gruczoły karkowe zwiększyły się do znacznéj wielkości, toż samo barkowy lewy i pachwinowe lewe, w niższym stopniu zajęte były pachwinowe prawe. W jamie ustnéj nie było zmian: odżywienie chorego nic nie ucierpiało.

Celem przeprowadzenia leczenia chory udał się ponownie do szpitala, gdzie zastosowano wcierania szaruchy w ilości 3·00 na dawkę. Do usunięcia tych zmian potrzeba było 40 wcierań, a w dniu wyjścia chorego ze szpitala zanotowano do historyi choroby, iż zmiany na skórze ustąpiły bez śladu, na dłoniach i podeszwach utrzymują się po przebytych zmianach plamy barwikowe. Na prąciu nie ma zmian. Gruczoły karkowe po obu stronach, barkowy lewy i pachwinowy lewy zmniejszyły się znacznie, w zupełności jednak nie ustąpiły. Choremu polecono używanie w domu jodku potasu i nacieranie plam barwikowych na dłoniach i podeszwach maścią z chlorku rtęciowo-amonowego (*Merc. praecip. albus*). O dalszych losach pacyjenta nic nie mogę powiedzieć, gdyż od tego czasu więcéj go nie widziałem.

W przypadku tym wrzód był wyciętym czwartego dnia od czasu pojawienia się jego, rana zagoiła się w części przez rychłozrost a w części przez ropienie; gruczoły pachwinowe po wycięciu jeszcze się powiększyły. Zmiany następowe wystąpiły 66 dnia; zmiany te w niczém się nie różniły od zmian, jakie zazwyczaj występują u chorych, u których wrzód pierwotny nie był wcale leczonym. W przypadku powyższym szczególniéj mocno ucierpiały od jadu kiłowego gruczoły limfatyczne, co tłumaczę zmniejszoną odpornością tychże z powodu przebytych zołzów. (C. d. n.)

IV. Lawatywy z salicylanu sodowego w czerwonce.

W numerze 34 Przeglądu Lek. w wiadomościach pomniejszych wyczytałem o stosowaniu przez Szczegłowa i Kampfa kwasu karbolowego w czerwonce z dobrym skutkiem, z powodu czego uważają oni lek ten jako *specificum* przeciw czerwonce. Od lat czterech w okolicy tutejszéj występuje corocznie czerwonka i od tego czasu, gdzie na to pozwalają stosunki chorych, używam, również z bardzo dobrym skutkiem, powiedzieć mogę „z niezawodnym", lawatyw z salicylanu sodowego, dając na dawkę od 25 centygramów do 1 grama, 8—10 lawatyw na dzień, a w przypadkach ciężkich po każdym stolcu, t. j. czasem 4 lub 5 na godzinę. Co do objętości tych lawatyw to u dorosłych zalecałem co najwyżéj półlitrowe, u dzieci $^1/_4$ litra mające. Przeznaczeniem tych lawatyw było przepłukiwanie jelita i jako takie osiągnąwszy cel wychodziły one dość szybko, bo w 2 do 10 minut, rozsądniejsi chorzy zdołali je utrzymać dłużéj. Prócz tego jednak i wessanie miewało miejsce, świadczy o tém zmniejszenie się gorączki.

Nie uważam jednak salicylanu sodowego, jak powyżsi autorowie fenol za *specificum*, lecz po prostu zważając, że istotą choroby jest zajęcie dyfterytyczne kiszki grubéj i ztąd powstające wrzody zgorzelinowe, sądzę, że oczyszczanie tych wrzodów i dezinfekcyja miejscowa jakimkolwiekbądź środkiem dezinfekcyjnym jest najracyjonalniejszym środkiem przeciw czerwonce. Używałem i kwasu karbolowego 1, 2 do 3%, lecz u dzieci częste objawy zatrucia zniewoliły mnie do porzucenia go; obecnie zaś salicylan sodowy oddaje mi tak znakomite usługi, że go wszędzie używam, jako dla mnie „niezawodnego" środka. Gdy w pierwszym dniu bywa 30—40 stolców ze znaczném parciem, to po jednodniowém zastosowaniu lawatyw zmniejsza się ich ilość do połowy i mniéj, tak że najcięższe przypadki trwały do 4 lub 5 dni najdłużéj. Obok tego podawałem wewnętrznie codziennie, dopóki parcie trwało, łyżkę oleju rącznikowego i zalecałem jak najściślejszą dyjetę, t. j. parę łyżek rosołu i mleka kwaśnego dziennie, do picia zaś wodę białkową lub ryżową.

Dr. T. Prochaska w Brzostku.

V. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z drugiéj seryi posiedzeń w sprawie cholery odbytych w Państwowym Urzędzie Zdrowia w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Z kolei zabiera głos Pettenkofer. I on także jest zdania, że co się tyczy stosunków między ludźmi jako środków szerzenia się cholery, to z Indyj, gdzie cholera jest endemiczną, zarazek jéj przez stosunki ludzkie ciągle się rozszerza. Pettenkofer nie zgadza się zatém w zupełności z Cuninghamem odmawiającym wszelkiego wpływu komunikacyi, ale zgadza się z nim o tyle, że szerzenie się przyrzutu cholery nie jest ograniczone do chorych na cholerę, lecz że także rozszerza się do miejsc, gdzie jeszcze w tym czasie nie ma cholery. Co do pielgrzymek w Indyjach, to Pettenkofer równie jak Cuningham nie uważa ich za środek szerzenia cholery, a to z powodu, że w Indyjach zarazy nigdy nie rozchodzą się wraz z kompanijami pielgrzymów na wszystkie strony. Koch przypisuje to różnemu w różnym czasie usposobieniu, gdy Pettenkofer uważa, że zależy to od usposobienia każdéj miejscowości w danym czasie. Pettenkofer ma pewne wątpliwości co do ochrony osobistéj po przebyciu cholery. Jakżeż w obec tego dałaby się wyjaśnić dwukrotna w jednym roku epidemija w Monachijum w ciągu lata i zimy. Jeżeli epidemija letnia ustała, to ludność powinna była przez 3 do 4 lat posiadać ochronę, jak to Koch co do Indyj podaje. Pettenkofer odnosi zawsze to co inni odnoszą do osoby, do gruntu, sądzi, że w różnych miejscowościach pod różnemi wpływami takie nastają zmiany, które rozwojowi epidemicznemu znajdującego się lub zawleczonego przyrzutu cholerycznego w różnym stopniu sprzyjają lub nie sprzyjają. Aby w Indyjach komunikacyja kolejowa była tak sprzyjającym czynnikiem, na to Pettenkofer zgodzić się nie może, bo rozwój sieci kolejowej w Europie jest w różnych krajach na częstość i rozszerzenie cholery zupełnie bez wpływu. Przeniesienie cholery do Altenburga, Zurichu itd. bywa przeceniane, sąto tylko przypadki równocześnie się zdarzające. Pettenkofer sam dawniéj w takie przeniesienie wierzył, ale obecnie wątpi w nie, gdyż przekonał się, że cholera wybucha w miejscowościach, do których zawleczenie miejsca mieć nie mogło. Zważamy tylko na przypadki, które zawleczeniu przez chorych odpowiadają a pomijamy te, które temu nie odpowiadają. Aby przechody wojska w r. 1866 miały tak znacznie cholerę roznieść, należy również z pewném ograniczeniem przyjmować. I z Indyj posiadamy podobne przykłady. Ludzie nie zawsze zawlekają cholerę, ale tylko do miejsc usposobionych.

Co się tyczy cholery na okrętach, to i tu gdy się uwzględni ogół komunikacyi okrętami, trzeba powiedzieć, że cholera bardzo mało szerzy się na okrętach, a jeżeli uwzględnimy pojedyncze przypadki, to jasno uwydatnia się,

że mieszkańcy pewnych części okrętów, pewne ich grupy więcéj bywają dotknięte niż inne. (Często bywają dotknięci przewożeni żołnierze, gdy załoga okrętu jest wolną). Tego ograniczenia się choroby do pewnych grup ludzi nie można wytłumaczyć przez zarażenie się od pojedynczych chorych. Gdyby zarażenie odbywało się od chorych, to na okrętach musiałyby się zdarzać najliczniejsze przypadki zapadania a gdyby kontrola okrętów co do chorych na cholerę była tak złą, jak Koch powiedział, to przyrzut cholery z Indyj, gdzie cholera ciągle się utrzymuje, musiałby być ciągle zawlekany. Jakże w takim razie wytłumaczyć, iż Egipt od 1865 do 1883 był wolnym mimo wzmożenia się komunikacyi między Indyjami a Europą przez Egipt skutkiem otwarcia Kanału suezkiego w r. 1879.

Fakty te drogą zakażenia wyjaśnić się nie dają. Natomiast wyjaśnia je czasowe usposobienie miejscowości. Przykłady tego wkrótce, zdaniem Pettenkofera, będziemy mieli sposobność poznać w Europie. Z tych powodów nie może on się zgodzić z zapatrywaniami Kocha co do wpływu komunikacyi.

Na posiedzeniu trzeciém uchwalono na wniosek Virchowa z drugim punktem obrad połączyć i trzeci: wpływ gruntu powietrza i wody, bo jak się to z dotychczasowych obrad okazało, są one z sobą ściśle związane.

Pierwszy zabiera głos Günther. Przypomina on, iż według przez siebie sporządzonéj karty rozszerzenia się cholery od r. 1836 w Saksonii, rozszerzenie to nie odpowiada rozszerzeniu się sieci kolejowéj, cholera ze szczególném upodobaniem nawiedzała pewne miejscowości, mianowicie doliny rzek. Dalszego zaś dowodu, że środki komunikacyjne nie wpływają na szerzenie się cholery, dostarczyły Güntherowi 3 epidemije, które miał sposobność obserwować w Saksonii w latach 1865 i 1866 w obwodzie Zwikau i w r. 1873 w obwodzie drezdeńskim.

W r. 1873 w kilku wsiach pod Dreznem pojawiły się przypadki cholery, a mimo bezustannej silnéj komunikacyi dopiero po 7miu tygodniach wybuchła cholera w Dreźnie i to ograniczona. Günther przytacza podobne przykłady i oświadcza, że takie zachowanie się cholery skłania go do wniosku, iż prócz stosunków między ludźmi potrzeba jeszcze jakiegoś czynnika, aby epidemija powstała.

Po nim oświadcza również Hirsch, że i on nabrał przekonania, opracowując historyję epidemii cholery w r. 1873 w Niemczech północnych, że na epidemiczne szerzenie się cholery nie zawsze wpływają stosunki osobiste i rzeczowe, ale że do rozwoju epidemii potrzeba jeszcze innych warunków prócz zawleczenia jadu. Sądzi więc Hirsch: że nie wszelkie stosunki pośredniczą w szerzeniu się cholery, po za Indyjami jednakże zostaje cholera w związku ze stosunkami czy to osobowemi czy rzeczowemi.

Koch zabrawszy głos, oświadcza, iż Pettenkofer mylnie go zrozumiał, jakoby chciał wszystko tłumaczyć ochroną, jest ona jedynie w stanie wyjaśnić niejeden ciemny punkt, którego wyjaśnić nie mogliśmy dotychczas, np. nagabywanie przez dwa lata z rzędu jednéj miejscowości przez cholerę, przyczém w pierwszym roku cholera jest gwałtowną, w drugim nieznaczną. Niewątpliwie odgrywają przytém rolę jeszcze inne czynniki, jak np. woda do picia, któréj przypisać musimy przemianę fortu William, który dawniéj był ogniskiem cholery, w miejscowość ochronioną.

Niezawodnie wiele jeszcze innych rzeczy odgrywać może i to znaczniejszą jeszcze rolę niż woda do picia, ochrona i komunikacyje. Koch chce tylko uwydatnić, że nie można zawsze wyobrażać sobie, iż rzecz jest tak prostą i wyrywać z szeregu jeden tylko czynnik i tak dalece uwzględniać go, aby mu wszystko przypisywać i mniema, że daleko nam jeszcze do tego, abyśmy mogli dać wyjaśnienie wszelkich właściwości w etyjologii cholery, ale że ciągle starać się musimy o poznanie wszystkich tych pojedynczych czynników, aby być w stanie oznaczyć znaczenie i stopień ich wpływu.

Z pojawianiem się i znikaniem epidemij rzecz się ma jak z urodzajami, w jednym roku są świetne, w drugim jest nieurodzaj a nie możemy przecież twierdzić, aby to zależało zawsze od deszczu, słońca lub ciepłoty.—Do urodzaju naszych roślin uprawnych potrzeba współdziałania wszystkich tych trzech czynników, ale prócz tego jeszcze i innych czynników, jak własności gruntu, nieuszkodzenia przez owady i roślinne pasorzyty itd. Tak samo rzecz się ma z najniższemi postaciami roślinnemi, do których prątki chorobotwórcze należą.—I one niezawodnie zawisłe są od tak skomplikowanych warunków, iż grubo mylilibyśmy się, gdybyśmy ich pojawianie i znikanie chcieli wyobrażać sobie zależném od zachowania się powietrza, deszczu, wody gruntowéj. Koch dziwi się, że Pettenkofer obecnie o ochronie nic wiedzieć nie chce. Zdaniem Griesingera nic lepiéj nie chroni obok dobrobytu i dobrych stosunków higijenicznych nad jednorazowe przebycie cholery. Dawniéj Pettenkofer był także innego zdania. Koch przytacza wyjątki z pism jego dowodzące, iż uważał, że jednorazowe przebycie prawie bezwzględnie chroni od powtórnego zarażenia. W regulaminie cholerycznym, ułożonym przez Griesingera, Pettenkofera i Wunderlicha, położono nacisk na ochronę po przebyciu epidemii, ochrona więc ta nie jest wykryciem Kocha.—Bardzo często obserwowany czasowy brak usposobienia w wielu razach daje się wyjaśnić przez nabytą ochronę. Koch przytacza przykłady, iż komunikacyja wpływa na szerzenie się cholery i powiada, że nie idzie o pytanie czy i komunikacyja przy szerzeniu się cholery rolę odgrywała ale o to, czy znane są przypadki, w których z wszelką pewnością wpływ komunikacyi wykluczyć można. Nie zna on takich przypadków, zapytuje jednak Günthera i Pettenkofera, czy im nie są znane podobne przypadki i czy są zdania, iż na wielkie odległości, np. odległe porty, cholera bez stosunków ludzkich przeniesioną być może? Zdaje się Kochowi, iż Pettenkofer zmienił swe zapatrywanie o indyjskich stosunkach, choćby głównie opierając się na podaniach Cuninghama, o których już poprzednio wykazal, iż należy je z zastrzeżeniem przyjmować. Był czas, że i Cuningham był innego zdania i w r. 1867 sądził, że komunikacyja znaczną odgrywa rolę, gdy w r. 1879 przeciwne wnioski wysnuwał. Koch badając sprawozdania komisarzy lekarskich w pojedynczych częściach Indyj nie znalazł ani jednego, w którémby nie było stanowczo powiedzianém, że pielgrzymki w Indyjach główną rolę przy szerzeniu się cholery odgrywają i że woda do picia stanowi jednę z najważniejszych przyczyn zakażenia. Dziwić się wypada, że lekarze ci, na których sprawozdaniach Cuningham swe ogólne sprawozdanie opiera, nie ogłaszają prywatnie swych poglądów odmiennych od wniosków wysnutych przez Cuninghama.—Tłumaczy się to tém, że w Indyjach nie ma prawie lekarzy niezawisłych. Wszyscy są urzędnikami od Cuninghama zawisłymi. Koch przedkłada pismo pochodzące prawdopodobnie od jednego z wyższych urzędników w Indyjach, a w którém zebrano ze sprawozdań Cuninghama te ustępy, które dowodzić mogą, że wbrew znanéj teoryi Cuninghama cholera przecież szerzy się przez ko-

munikacyje. W piśmie tém jest wzmianka o oburzeniu między lekarzami przeciw Cuninghamowi, który teroryzuje, nadużywając swego stanowiska, lekarzy podwładnych i na polu naukowém. Nader ważném jest, aby w samém ognisku cholery podejmowali badania lekarskie zupełnie niezawiśli i aby badania te znał ogół. Koch sądził po sprawozdaniach Cuninghama i podaniach Pettenkofera, iż w Indyjach nikt nie uważa cholery za chorobę przenośną, przekonał się jednak, że rzecz ma się przeciwnie. Z którymkolwiek tylko z lekarzy rozmawiał, każdy był zdania, że pielgrzymki najwięcéj przyczyniają się do zawlekania cholery i nie miano najmniejszéj wątpliwości, że cholera jest chorobą przenośną. Co do cholery na okrętach to Koch uważa wielką różnicę jaka zachodzi między okrętami z wielką ilością ludzi a okrętami z małą ich ilością. Tylko na pierwszych zdarzają się wielkie epidemije cholery. Takie więc tylko uwzględniać wypada. Także w czasie epidemii gdy więcéj okrętów odpływa można je brać pod uwagę a nie gdy tylko kilka. W Kalkucie średnio prawie co 3 okręt bywa przez cholerę nagabywany, dla tego tamtejsze stosunki nadają się do badań.

Okoliczność, iż na okrętach ludność grupami zapada, nie może uderzać, jeżeli uprzytomnimy sobie stosunki na okrętach. Na okrętach przewożących znaczniejsze ilości ludzi bywają ci ostatni podzieleni na oddziały razem mieszkające, sypiające i jadające. Tylko należący do jednéj grupy w ciągłéj są z sobą styczności, gdy z resztą mało stosunków utrzymują, naturalną więc rzeczą, że przyrzut ogranicza się do jednéj lub kilku tylko grup. Czyż można sobie wyobrazić więcéj sprzyjające warunki między osobami do jednéj grupy należącemi na okrętach, gdzie wypróżnienia cholerycznych nie bywają w ten sposób usuwane, jak to czynić można na lądzie i gdzie wilgotne powietrze zapobiega szybkiemu obumieraniu przyrzutu. Że w tych stosunkach może przyjść także do bezpośredniego przeniesienia, nie może zadziwiać.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Posiedzenie zwyczajne Towarzystwa lekarzy kijowskich z d. 21 września 1885 r.

Przewodniczący prof. Dr. Münch. Członków obecnych 35.

1) Kol. Szadek przedstawił chorego z kliniki uniwersyteckiéj chorób skórnych, u którego obok innych objawów kiły wtórnéj (obrzęk gruczołów, lepieże w jamie ust, różyczka, wyłysienie) powstała na tułowiu i odnogach w piątym miesiącu po zakażeniu się osutka grudkowa zlewająca się. Na powierzchni tych połączonych w większe skupienia naciekowe grudek widać grube warstwy łuski ciemno szaréj i brunatnéj barwy (*syphilis papulosa lenticularis squammosa trunci et extremitatum*). Osutka zajmuje całą powierzchnię brzucha, grzbiet, boki, zgięcia odnóg górnych i dolnych, dłonie i podeszwy; oprócz tego w innych okolicach ciała widać bądź rozsiane, bądź zebrane w skupienia i szeregi już zanikające grudki; na skórze członka i moszen plamy barwikowe. Objętość grudek od wielkości ziarnka prosa do ziarna fasoli. Referent zwraca uwagę na nadzwyczajną rzadkość podobnych przypadków, a utwierdza go w tém przekonaniu obok własnego doświadczenia brak opisów zlewającéj się osutki grudkowéj kiłowéj w kazuistyce peryjodycznych wydawnictw lekarskich. Jedyny przypadek dokładnie opisany przez hiszpańskiego syfilidologa Castellę, znalazł referent w czasopiśmie: *Revista especial di oftalmologia, dermatologia, sifilografia y afficiones urinarias* 1882 r.

W dyskusyi kol. Tomaszewski oświadcza, że zdaniem jego osutka przedstawionego chorego nie ma cechy grudkowo-kiłowéj, a to dla tego, że nacieki pod naciskiem palca bledną, że są pokryte grubą warstwą łuski, i sprawiają silne swędzenie; sądzi, że jestto powikłanie wyprysku przewlekłego z postacią grudkową (*Eczema c. papul. syphil.*) Kol. prof. Stukowenków podziela rozpoznanie i umotywowanie kol. Szadka, i zaznacza, że swędzenia w cierpieniach kiłowych skóry są częste, zwłaszcza w tych przypadkach, które wyszczególniają się szybkiém postępowaniem i zlewaniem się. Kol. Szadek odpowiada kol. Tomaszewskiemu, że w przedstawionym przypadku brak tych wszystkich objawów, które cechują wyprysk: pęcherzyków, starć, wilgotnych przestrzeni itd.; umiejscowienie cierpienia na brzuchu, zgięciach odnóg, dłoniach i podeszwach, jakotéż obraz skupienia wyrzutów skórnych nadają chorobie niewątpliwy charakter kiłowy.

2) Kol. Szadek odczytał rozprawę pt. Przyczynek do kazuistyki kiłowego zapalenia przyjądrza. Po krótkim rysie historycznym i przytoczeniu literatury tego przedmiotu, prelegent przedstawił symptomatologiję, rozpoznanie, przebieg, rokowanie i zejście w kiłowém zapaleniu przyjądrza; następnie opisał pięć przypadków téj choroby przez siebie spostrzeganych w oddziale kiłowym kijowskiego garnizonowego szpitala. We wszystkich tych pięciu przypadkach zmiany chorobowe przyjądrza występowały w przebiegu wczesnéj kiły (4—12 miesięcy od chwili zakażenia się); obok zmian w przyjądrzu jednocześnie przebiegały objawy kiły na skórze i błonach śluzowych. W dwóch przypadkach sprawa kiłowa zajęła tylko jedno przyjądrze; w trzech innych była obustronną; w trzech przypadkach jądra były wolne, w dwóch zaś zapalenie przyjądrza wikłało się z zapaleniem jądra. We wszystkich pięciu przypadkach było zapalenie torebki jądra (*periorchitis*). Zmiany przyjądrza w początku choroby zawsze miały charakter zapalny i polegały na znacznym obrzęku całego przyjądrza; w krótkim czasie rozlany obrzęk zmniejszał się, i ściśle ograniczywszy się umiejscowiał się w główce i ciele przyjądrza, część zajęta stawała się twardą, późniéj niebolesną, wielkości orzecha; przyroda zapalenia zawsze była międzymiąższowa (*Epidydimitis syphilitica interstitialis*).

3) Kol. Fleischer okazał preparat kilakowego cierpienia jądra i przyjądrza, kastrowanych w przypadku późnéj kiły. Jądro było pięć razy większe, nader zbite i twarde; w górnéj jego części widać było dwa rozpadające się już kilaki; podobne zmiany były w przyjądrzu.

4) Kol. Tomaszewski opowiedział przypadek kiłowego cierpienia przyjądrza, w którém kiłowe zmiany wystąpiły w główce i ogonie tego narządu, ciało zaś było od nich wolne.

Dr. Karol.

VII. Sprawozdanie z XII wiecu stowarzyszenia niemieckiego dla higijeny publicznéj, odbytego we Fryburgu w Bryzgowii w czasie od dnia 15—17 września b. r.

Podał Dr. J. Buszek, fizyk miejski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Na trzeciém posiedzeniu zajmowano się sprawą zapobiegania niedogodnościom, jakie sprawia zadymianie. Radca lekarski Dr. Flinzer z Chemnitz i prof. Herman Rietschel z Berlina przyjęli referat w tym przedmiocie. Jakkolwiek wydział przygotowujący wiec odniósł się prawie do wszystkich magistratów miast większych z zapytaniem, jakie zaprowadzono przepisy i środki przeciwko zadymianiu, referenci nie byli w stanie przedłożyć tez do dyskusyi. Zastanawiali się tylko w swoim wywodzie nad składnikami dymu, nad materyjałem opałowym, nad urządzeniem ogniska, wykazali, jak pochłaniacze dymu niedostatecznie działają i nie wszędzie dają się zaprowadzić. W rozprawie nad tym przedmiotem żądali niektórzy, aby zakładać oddzielne szkoły palaczów, inni aby badać skład dymu zwłaszcza, że w ostatnich latach udało się w nim wykryć arsen, nie brakło wreszcie urzędników kolejowych, którzy oświadczyli, że najwięcéj powabu dla nich miał przedmiot, o którym mowa, gdyż koleje najwięcéj mają powodu do utyskiwania na nieprzyjemności z powodu dymu. Znaleźli

się i tacy, którzy nie mogli się dopatrzeć namacalnych szkodliwości wypływających z zadymienia wskazując na Londyn, gdzie pomimo największego zadymienia wykładnik śmiertelności dochodzi zaledwie do 20,0 i owszem sprawiłoby im to najwyższe zadowolenie, gdyby miasta niemieckie mogły być przez fabryki w tym stopniu zadymiane jak angielskie.

Po takiéj dyskusyi uchwalono przekazać wydziałowi ten przedmiot do dalszego badania i przedłożenia go pod obrady wtenczas, gdy będzie można wystąpić z pewnemi tezami.

Jak wspomniałem, członkowie Zjazdu higijenicznego przepędzali popołudniu na zwiedzaniu urządzeń sanitarnych i w ogóle osobliwości miasta i podejmowali wycieczki w urocze okolice.

Fryburg pobudował w ostatnich latach, co dla naszych miast postępujących w tym względzie żółwim krokiem wydawać się może nieprawdopodobném, bardzo wiele publicznych zakładów i zaprowadził wiele urządzeń sanitarnych. Zbudował gazownię, szkoły, szpitale, zaprowadzono nowe wodociągi, buduje się kanały, kończy się budowa rzeźni, zbudowano zakład dla nieulecznych dla 500 osób, a prywatni przedsiębiorcy postawili pudreciarnię.

Już od XII wieku Fryburg posiada wodociągi. W ostatnich dziesiątkach lat rozszerzono je i nowe źródła dla nich ujęto tak, że obecnie za cenę przeszło 800.000 złа. w. a. ma Fryburg wodę o znakomitym składzie chemicznym dającą się doprowadzić do najwyższych piąter.

Od wieków istnieją w Fryburgu dla odchodów ludzkich urządzone doły. Dla odprowadzenia wód meteorycznych i gospodarczych zbudowano rynsztoki z rynienkowato wyżłobionych ciosów i wpuszczono w nie dla ciągłego spłukiwania całą rzeczkę tak, że szybkim strumieniem płynie obficie woda przeźroczysta przez całe miasto dążąc do rozległych łąk za miastem, aby je należycie zraszać. W r. 1877 uznano przy nagłym wzroście miasta potrzebę głęboko założonych kanałów, do którychby wpuszczono wszelkie nieczystości ludzkie wraz z wodami meteorycznemi i gospodarczemi. Gdy zaś miasto posiada rozległe łąki i lasy, uchwalono zużyć całą treść kanałową do ich zraszania. Miejscowe stosunki nadawały się do tego projektu wyśmienicie, bo spadek dla kanałów jest bardzo znaczny, obfitość wody dla ich spłukiwania nadzwyczajna, a łąki dla zraszania na bardzo długi czas wystarczające. Powierzchowną ich bowiem warstwę stanowi torfowisko, a pod nią ciągnie się w grubości kilku metrów warstwa, najpierw gruboziarnista żwirowa, zmięszana z dużemi kamieniami, następnie drobnoziarnista żwirowa, a pod niemi leży warstwa iłowa. Żwirowa warstwa filtruje gruntownie ciecze zanieczyszczone i rozkłada je w zupełności i w wielu miejscach przy budowie w mieście dobywają kamienie i piasek z gruntu, aby je zużyć jako materyjał budowlany.

Treść kanałowa z rowu na łąkach zroszonych zaczerpnięta w szklankę w niedalekiéj odległości od ujścia kanału okazuje się o wiele czyściejszą, aniżeli woda z niejednéj studni miejskiéj i jak się niektórzy członkowie zjazdu wraz z Drem E m m e r i c h e m przekonali, nie ma wcale smaku nieprzyjemnego.

Zanim rada miejska fryburgska powzięła uchwałę budowania kanałów i zraszania łąk, dwaj przedsiębiorcy B u h l i K e l l e r założyli fabrykę wyrabiającą z odchodów ludzkich pudretę i amonijak. Do niéj dowożą nieczystości ludzkie z dołów pompowane za pomocą maszyn parowych systemu Talarda.

Jedną z najwięcéj interesujących budowli w Fryburgu jest w ostatnich latach powstały zakład dla 500 osób, dotkniętych chorobami umysłowemi i innemi w ogóle nieulecznemi dla osób, któreby były zmuszone żyć z jałmużny. Zakład ten jest zbudowany za miastem w systemie pawilonowym. W każdym pawilonie oddzielnie umieszczeni są mężczyzni i kobiety. Suteryny są także zużytkowane dla pomieszczenia chorych, mianowicie niespokojnych i zanieczyszczających się. Dla tych urządzony jest osobny ogródek, gdzie mogą pozostawać na wolném powietrzu. Sale sypialne są oddzielne od sal przeznaczonych dla roboty; w pierwszych wyzyskano jak najlepiéj miejsce do tego stopnia, że każda osoba ma w niéj tylko łóżko i skrzynkę, służącą jéj także za stołek i stoliczek nocny. Łóżka mają boki drewniane z hakami dla osadzenia drucianych materacy. Ogrzewanie odbywa się za pomocą pary wodnéj. Wentylacyja połączona z centralném ogrzewaniem nie pozostawia nic do życzenia zwłaszcza, że pawilony stojące oddzielnie są wystawione także ze wszystkich stron na wiatry.

Ogród dla spacerów mają osobny mężczyzni i kobiety. Sąsiednie pola uprawia zakład przeważnie własnymi ludźmi a nawozi je odchodami mieszkańców zakładu. Wychodki urządzone są według systemu beczkowego.

Budowa całego zakładu nadzwyczaj trwała, prosta i praktyczna. Schody są porfirowe. Posadzki betonowe, podobnież i wanny do kąpieli, rury spustne wychodkowe i sedesy, ściany do wysokości lamperyj cementowane, nawet dachówki są z masy cementowéj. Jedném słowem w zakładzie tym praktyczność, trwałość, wygoda i taniość urządzenia rywalizują ze sobą.

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi we wrześniu r. 1885.

T y f u s b r z u s z n y, który od początku czerwca coraz bardziéj się zmniejszał, we wrześniu znowu się rozszerzył, gdyż do 110 z końcem sierpnia pozostałych chorych przybyło w ciągu września 366, ze wszystkich zaś leczonych ozdrowiało 241 czyli 50·6%, umarło 15 czyli 5·8%, pozostało z końcem września 210 chorych w 19tu miejscowościach, przeważnie w powiecie sokalskim i sąsiednim rawskim.

T y f u s p l a m i s t y, który w kwietniu br. doszedł do szczytu swego rozszerzenia o od maja szybko ustępował, we wrześniu znowu rozpoczął się rozszerzać, tak iż stwierdzono go w 12 miejscowościach jedenastu powiatów. Do 19 chorych pozostałych z końcem sierpnia przybyło we wrześniu 161 chorych. Z 180 leczonych (w sierpniu tylko 81) wyzdrowiało 89 osób czyli 49·4% (w sierpniu 70·1%) umarło 15 czyli 8·3% (w sierpniu 6·2%) pozostało z końcem września 76 chorych w 8miu gminach tyluż powiatów; najwięcéj chorych (po 16) w jednéj gminie powiatu sądeckiego i staromiejskiego.

S z k a r l a t y n a także wzmaga się od początku września po trzechmiesięczném zmniejszoném nasileniu. Do 92 chorych pozostałych z końcem sierpnia przybyło w wrześniu 588. Z 680 leczonych chorych wyzdrowiało 365 czyli 53.7% (takiż sam odsetek ozdrowiałych w sierpniu) umarło 125 czyli 18·4% (w sierpniu 16·7%) pozostało w leczeniu 190 chorych w 17 gminach, przeważnie w powiecie sandeckim.

D y f t e r y j a pojawiła się w 4 gminach tyluż powiatów; z 60 leczonych chorych wyzdrowiało 25 czyli 41·6%, umarło 27 czyli 45%, pozostało 8 chorych w jednéj gminie.

D y s e n t e r y j a była w sierpniu najbardziéj rozszerzoną, w ciągu zaś września szybko się zmniejszyła. Do 2030 pozostałych z końcem sierpnia chorych, przybyło 2433, a z wszystkich 4363 leczonych (w sierpniu 6988) wyzdrowiało 3622 czyli 81·4% (w sierpniu tylko 60·5%) umarło 343 czyli 7.7% (w sierpniu 10·4%) pozostało w leczeniu 488 chorych w 40 gminach.

Odra zdarzyła się tylko sporadycznie w siedmiu gminach tyluż powiatów.

Natomiast liczba chorych na koklusz była wyższą we wrześniu niż w poprzednich sześciu miesiącach. Do 1.446 pozostałych z końcem sierpnia przybyło 1575, a z ogólnéj liczby leczonych 3021 wyzdrowiało 1828 czyli 60·5%, umarło 126 czyli 4·2%, pozostało w leczeniu 1067 chorych w 32 gminach, przeważnie w powiecie łańcuckim i złoczowskim.

Liczba chorych na ospę we wrześniu była tak samo małą jak w sierpniu 126, z tych wyzdrowiało 34 szczepionych i 23 czyli 39·6% nieszczepionych, umarło 9 czyli 13% szczepionych i 11 czyli 19% nieszczepionych. — Pozostało 49 chorych w 7 gminach, a to przeważnie w jednéj gminie powiatu nowotarskiego.

Lwów dnia 14 października 1885.

Dr. Józef Merunowicz.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 27 września do 3 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 24,1. Z odry umarło 3 (4 z. t.); z płonicy 0 (2 z. t.); z błonicy 2 (3 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 5 przypadkach odry. W tygodniu od 20—26 września umarło z ospy: w Berlinie, Odesie i Zurychu po 1; w Tryjeście i Paryżu po 2; w Pradze i Londynie po 3; w Rzymie 4; w Warszawie i Wenecyi po 5; Budapeszcie 10; w Wiedniu 14. Z duru osutkowego umarło: w Petersburgu 2. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 23. Z czerwonki umarło w Londynie 49. Z gorączki połogowéj umarło w Warszawie i Hamburgu po 4; w Wiedniu 6. Na odrę zapadło w obwodzie Hildesheim 110, w obwodzie Królewca 227. Z płonicy umarło w Londynie 16, w Berlinie 17, w Petersburgu 21. Z błonicy umarło w Warszawie 16, w Królewcu 10, w Chrystyjanii 11, w Dreźnie 14, w Paryżu 20, w Londynie 29, w Berlinie 34. Z krztuśca umarło w Stokholmie 15, w Londynie 26. Z cholery umarło w Hiszpanii od 18 do 23 września 1771, zachorowało 4915; we Włoszech umarło od 17—23 września 820, zachorowało 1323.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 20—26 września umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,3; w Warszawie 27,4; w Poznaniu 30,0; w Pradze 24,2; w Tryjeście 33,6; w Wiedniu 24,1; w Berlinie 27,9; w Hamburgu 25,4; w Gdańsku 28,2; w Fryburgu 26,4; w Strasburgu 29,0; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Bazylei 15,1; w Brukseli 23,4; w Budapeszcie 26,9; w Chrystyjanii 20,6; w Kopenhadze 16,5; w Londynie 13,8; w Odesie 31,6; w Paryżu 18,1; w Petersburgu 25,2: w Rzymie 27,7; w Stokholmie 21,0; w Wenecyi 25,7; w Zurychu 20,9. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 października. Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Panie Redaktorze!

W Nrze 39 Przeglądu Lek. z rb. (str. 503 i 504) p. Dr. Kopff daje krótką ocenę wybornego podręcznika do analizy chemicznéj jakościowéj, napisanego przez Dra J. Schramma, docenta Uniwersytetu lwowskiego. Podzielając w zupełności zdanie szanownego recenzenta co do wewnętrznéj wartości téj książki, czuję się jednak w obowiązku zabrać głos w sprawie zarzutu uczynionego autorowi, iż przyjął słownictwo „nowopowstającéj szkoły lwowskiéj".

Odkładając na późniéj wypowiedzenie i umotywowanie mego zdania co do wrzekomych trudności, jakich mamy w ogóle doświadczać z powodu jednolitości w polskiém słownictwie chemicznem pozwolę sobie na teraz zauważyć, iż owa „nowopowstająca szkoła lwowska" daleka od chęci szukania łatwéj sławy na polu wynajdywania nowych wyrazów, przyjęła *sine ira et studio* końcówki owy, awy, an, yn i ek, charakteryzujące słownictwo krakowskie. Jeżeli zaś obok tego wprowadza niektóre nowe wyrażenia, to czyni to z powodu niezbędnéj potrzeby wyrażania po polsku pewnych teoretycznych pojęć, co z właściwém słownictwem nie ma nic wspólnego. Przy tém dodać jeszcze muszę, że słownictwo użyte przez Dra J. Schramma jest tém samém słownictwem, którém się posługiwali pp. Nawratil i Sokołowski przy układaniu podręcznika przepisanego dla galicyjskich szkół realnych już od lat 13; jest to tož samo słownictwo, którego użyto w opisie chemicznych własności wód mineralnych w Iwoniczu, Rymanowie, Szczawnicy (źródło Wandy), Lubieniu, Truskawcu, Morszynie i Wysowéj; jest ono także identyczném ze słownictwem, którego używa Czasopismo Towarzystwa Aptekarskiego od lat 12 a czasopismo Kosmos od lat 10, — w czasopismach zaś tych drukowali swe prace pp. M. Nencki, J. Grabowski, E. Bandrowski, B. Pawlewski, M. Wąsowicz, W. Leppert, B. Lachowicz, K. Zalewski, A. Nawratil, R. Zuber, A. Onufrowicz, F. Rasiński, Natansonowie i inni.—Jeżeli zaś prócz tego dołączę, że i Akademija Umiejętności w Krakowie zarówno w Sprawozdaniach jak i Pamiętniku używa także tego słownictwa obok słownictwa krakowskiego, o czém się szanowny recenzent może przekonać przeglądając np. prace pp. Lachowicza, Sokołowskiego, Schramma, Wispeka, Onufrowicza i innych — to wówczas, zdaje mi się, że zarzut uczyniony p. Drowi Schrammowi, iż „w niektórych miejscach nie trzyma się słownictwa dotąd najwięcéj u nas rozpowszechnionego, a którego używa także Akademija Umiejętności" nie może być nazwany dostatecznie uzasadnionym.

Mając nadzieję, iż szanowny Pan Redaktor raczy tym kilku słowom użyczyć gościnności w łamach swego cennego pisma, załączam wyrazy szczególnego szacunku i poważania, z jakiém mam zaszczyt pozostać

Lwów d. 12 października 1885. sługa

Br. Radziszewski.

* **Wiadomosci uniwersyteckie. Berlin.** Prof. Leyden objął 1szą a prof. Gerhardt 2gą klinikę lekarską. Asystentami ordynującymi są: w 1éj klinice prof. Fränkel i lekarz sztabowy Herrlich, w drugiej zaś: Landgraf i Müller; asystentami zaś naukowymi w 1éj klinice prof. Brieger, a w drugiéj prof. Ehrlich. — **Kazań.** Mianowani proff. zwyczajnymi: Ssorokin mykologii i Woroszyłow fizyjologii.— **Dorpat.** Dr. Kobert, asystent prof. Schmiedeberga w Strasburgu, wybrany został profesorem farmakologii. — **Gryfija.** Dr. Helferich z Monachijum mianowany został prof. chirurgii. — **Wiedeń.** Senat akademicki przyjął rezygnacyję prof. Bambergera z urzędu Rektora, w skutek czego Wydziały wezwano do ponownego wyboru wyborców celem przeprowadzenia nowego wyboru Rektora. W skutek śmierci prof. nadzw. Schlagera prof. nadzw. Weinlechner otrzymał głos w Wydziale lek.

* **Odznaczenia.** Szanowny nasz rodak i współpracownik Dr. Jabłonowski, ukończywszy misyję swoją do Persyi wraca do Konstantynopola, otrzymawszy uznanie pisemne od rządów perskiego i tureckiego za gorliwą działalność w sprawie dżumy oraz odznaczony orderem perskim Słońca i tureckim Medżidzie 3éj klasy.

Proff. Bamberger i Gruber we Wiedniu otrzymali krzyż komandorski greckiego orderu Zbawiciela.

* **Wiadomości osobowe.** Starszym lekarzem w armii czynnéj mianowany Dr. Seweryn Eisenberg we Lwowie, a starszym lekarzem w rezerwie Dr. Stanisław Śmietana.

* **Nekrologija.** D. 12 września umarł w Kamionce, gub. Podolskiéj, Dr. Ignacy Gołębiowski, uczeń b. Akademii wileńskiéj (*Gaz. Lek.*).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 41: Kosińskiego: Trzy przypadki częściowego wycięcia kiszki. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 41: Jasińskiego: Wady wzroku jako przyczyna skrzywień kręgosłupa; Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze (c. d.); Arnsteina: Kilka uwag o pracach prof. Rosego, Drów Dunina i Rajkowskiego, tyczących się zimnicy.

Redakcyja otrzymała:

Dr. K. KOEHLER: Uiber den gegenwärtigen Stand der Lehre von den Nasenkrankheiten, Posen 1885, in 8vo str. 23.

Dr. KOEHLER: Oleum Terebinthinae, gegen Fliegenlarven im Ohre. (Osobne odbicie z „Monatsschr. f. Ohrenheilk." 1885) in 8vo str. 2.

ROY et ALVAREZ: Observation clinique du bacille de la tuberculose dans la cornée. (Osobne odbicie z „Revue clin. d'Oculist. 1885) in 8vo str. 7 z tabl.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 21 bm. o godzinie 6éj w gmachu Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Trzebicky mieć będzie odczyt przeszłym razem zapowiedziany.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nr. 352.

KONKURS.

Na posadę asystenta przy katedrze fizyjologii rozpisuje się niniejszém konkurs.

Ubiegający się o tę posadę zechcą wnieść podania na ręce podpisanego dziekana do d. 21 bm.

Kraków d. 13 Października 1885.

Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rs.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 24 października 1885. **№ 43.** Rok XXIV.

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

XXII.

Pęknięcie czaszki, śmierć z udaru; kiedy nastąpiło obrażenie?

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

Maciéj M., wieśniak, 56 lat liczący, do ostatniéj chwili zdrów, d. 24 września popchnięty został przez własnego syna Jędrzeja, skutkiem czego upadł i poniósł siniec w bliskości oka; wstawszy zataczał się i trzymając ściany wszedł do stodoły, w któréj wkrótce potém znaleziono go bez życia. Gdy świadkowie podali, że za wchodzącym Maciejem weszli do niéj nietylko syn Jędrzéj ale i żona Katarzyna, powstało podejrzenie, że oboje śmierć jego wywołali. O całém zajściu atoli Sąd powziął wiadomość dopiero w grudniu i dlatego sekcyją sądową dopiero 18 grudnia mógł zarządzić.

Oględziny zewnętrzne: 1) Zwłoki mężczyzny wzrostu wysokiego. 2) Włosy ciemnobłond długie z łatwością wraz z przyskórkiem ściągnąć się dają, twarz mocno obrzmiała, skóra czarna częściowo zaschła zmumifikowana, usta otwarte. W jamie ustnéj zaschnięta masa czarna. Skóra na ciele ciemnozielona, tu i ówdzie czarna, pokryta pleśnią, przyskórek daje się ściągać we wielkich płatach. Na tułowiu jakoteż i odnogach z powodu daleko posuniętéj zgnilizny nie można rozeznać żadnych śladów obrażeń.

Oględziny wewnętrzne: 3) Skóra na głowie po stronie wewnętrznéj z lewéj strony głowy przylega do kości czaszkowéj dokładnie i jest czarną, prawie zupełnie suchą a na przekroju jednostajnie ciemno zabarwioną, z prawéj strony głowy zaś skóra jest więcéj soczysta, zgrubiała i od kości czaszki odstająca, przestrzeń zaś pomiędzy kością a skórą wypełniona jest masą brudną, szarą, gęstą, do zgęszczonéj ropy podobną. Po zdjęciu skóry z głowy okazuje się, że na kości czołowéj w odległości 2cm. od zewnętrznego końca brzegu nadoczodołowego po stronie lewéj wychodzi z pod łuku licowego rysa na kości czołowéj przez pęknięcie téjże kości powstała, a idąca w prostopadłym kierunku z dołu do góry na zewnątrz na 1cm. od szwu wieńcowego lewego. 4) Po odpiłowaniu czaszki okazuje się, że brzegi pęknięcia są krwią podbiegnięte a szparę z pęknięcia powstałą wypełnia skrzepła krew. Opona twarda po stronie lewéj zgrubiała odpowiednio pęknięciu wyżéj opisanemu pokryta masą ciemno brudną, do opony ściśle przylegającą i zeskrobać się nie dającą. Opona twarda po stronie prawéj gładka, połyskująca, nieco różowo zabarwiona. Mózg zamieniony w papkę brudną po przecięciu opon wylewającą się. Na podstawie czaszki żadnych śladów obrażenia. 5) W jamie ust jakoteż połyku i krtani oprócz znacznéj zgnilizny nie napotkano nic nieprawidłowego. 6) Płuca wolne, w przednich częściach zaschnięte, w tylnych częściach zawierają wiele płynu krwawego, cuchnącego, z powietrzem zmięszanego. 7) Serce wielkości prawidłowéj, komórki próżne, zastawki prawidłowe, mięsień sercowy kruchy i suchy. 8) Wątroba duża, brzegi zaokrąglone, miąższ stłuszczony, kruchy. Żołądek próżny, błona śluzowa zgniła, kiszki zawierają dużo guzów, błona śluzowa zgniła, rozpadająca się. 9) Nerki wielkości prawidłowéj, zupełnie zgniłe. Pęcherz moczowy próżny.

Na podstawie wyniku sekcyi pp. obducenci wydali następującéj treści orzeczenie:

1) Śmierć Macieja M. nastąpiła w skutek porażenia mózgu, spowodowanego uciskiem, jaki wywarła wynaczyniona na opony krew, które to wynaczynienie było następstwem pęknięcia czaszki.

2) Pęknięcie czaszki u Macieja M. powstało niewątpliwie przez uderzenie w lewą połowę głowy ciałem twardém, tępém; świadczy o tém ropień na głowie po stronie prawéj pomiędzy skórą a kością czaszki się znajdujący. Pęknięcie czaszki w niniejszym przypadku wobec nieuszkodzenia skóry na głowie po stronie lewéj powstać musiało przez odbicie *(contrecoup)*, t. j. uderzenie w prawą połowę głowy wywołało pęknięcie czaszki po lewéj stronie.

3) Uszkodzenie Macieja M. musiało nastąpić na kilka dni (do ośmiu) przed śmiercią tegoż, świadczy zaś za tém ropień po stronie prawéj, jakotéż nieznaczne zgrubienie opony twardéj po stronie lewéj pod pęknięciem, jakotéż ścisłe i zeskrobać się nie dające przyleganie masy czarnéj brudnéj do opony twardéj, co było następstwem poczynającego się ropnego zapalenia opony twardéj na témże miejscu. To poczynające się zapalenie więc jakotéż ucisk wywarty znaczném wynaczynieniem na oponę twardą były przyczyną śmierci Macieja M.

4) Uszkodzenie Macieja M., które aż pęknięcie czaszki wywołało, było bezwarunkowo śmiertelném i pomoc w niniejszym przypadku byłaby bezskuteczną.

5) Na zapytanie odpowiadamy, że nieprawdopodobném a nawet niemożliwém jest przypuszczenie, ażeby M. chwytając kaczki przy tém tak się w głowę uderzył, żeby aż z tego pęknięcie czaszki i śmierć wyniknąć mogły.

6) Siniec pod okiem prawém, o którém w doniesieniu żandarmeryi jest wzmianka, pochodził od ropnia po prawéj stronie głowy się znajdującego, podanie więc, że siniec ten powstał od uderzenia skrzydłem gęsi jest nieprawdziwém.

Później pp. obducenci w d. 31 stycznia podali następujące sprostowanie:

1. Ustęp 2) orzeczenia naszego brzmieć powinien:

Pęknięcie czaszki u Macieja M. powstało niewątpliwie przez uderzenie w p r a w ą połowę głowy ciałem twardém tępém; świadczy bowiem o tém ropień na głowie po stronie prawéj pomiędzy skórą a kością czaszki się znajdujący. Pęknięcie czaszki w niniejszym przypadku wobec nieuszkodzenia skóry na głowie po stronie lewéj powstać musiało przez odbicie *(contrecoup)* t. j. uderzenie w prawą połowę głowy wywołało pęknięcie czaszki po stronie lewéj.

2. Przy orzeczeniu, że uszkodzenie zadane zostało na kilka dni przed śmiercią, obstajemy, a to na podstawie, że ropień jakotéż zgrubienie i nierówność błony twardéj po stronie lewéj odpowiednio pęknięciu się znajdujące, nie mogły wytworzyć się w ostatniéj chwili, lecz najmniéj kilka dni potrzebowały do wytworzenia się.

Sąd mając mimo to pewne wątpliwości przesłał akta śledcze Wydziałowi lekarskiemu z następującą odezwą:

Ze względu, że w sprawie Katarzyny i Jędrzeja M, obwinionych o zbrodnię morderstwa, popełnioną na osobie Macieja M., zeznali przesłuchani w toku śledztwa wstępnego świadkowie, że Maciéj M. jeszcze w dzień swojéj śmierci, to jest we środę dnia 24 września, jak również kilka dni przed swoją śmiercią był zupełnie zdrów i że nie uskarżał się na żaden ból i nie widziano u niego w tym czasie żadnego obrażenia ciała, a w szczególności znaku zasiniałego na oku lub w okolicy tegoż, lekarze zaś sądowi Drowie A. i B. orzekli, że pęknięcie czaszki u Macieja M., które śmierć jego w dniu 24 września spowodowało, nastąpiło przez uderzenie ciałem twardém, tępém i że uszkodzenie to musiało nastąpić na kilka dni (do ośmiu) przed śmiercią Macieja M., przeto Wydział lekarski podziela zdanie znawców, iż uszkodzenie Macieja M., a względnie pęknięcie czaszki nastąpiło na 8 dni przed śmiercią tegoż, a więc, że dnia 24 września t. j. w dniu śmierci Macieja M. zadaném nie zostało, któremu to zapatrywaniu lekarzy zdają się sprzeciwiać zeznania świadków, przeto uprasza się o wydanie orzeczenia w tym kierunku, czy uszkodzenie czaszki u Macieja M. mogło także powstać od upadnięcia i co w ogóle było przyczyną jego śmierci, nadmieniając, że wedle zeznań Agnieszki M. miał Maciéj M. w dzień swojéj śmierci w skutek popchnięcia go przez Jędrzeja M. upaść na ziemię i stłuc sobie twarz blisko oka, następnie zataczając się i trzymając ściany wszedł do stodoły, do któréj w ślad za nim weszli Katarzyna i Jędrzéj M, i tam zadać mu mieli razy, które śmierć jego wywołały.

O r z e c z e n i e Wydziału było następujące:

1. Wydział n i e p o d z i e l a zdania pp. obducentów, jakoby pęknięcie czaszki na zwłokach Macieja M. znalezione, powstać miało na 8 dni przed jego śmiercią, i oświadcza się przeciwnie za tém, że ono powstało dnia 24 września, a to z powodów następujących:

a) Niepodobna przypuścić, aby człowiek z pęknięciem czaszki a co ważniejsza z następstwami tego pęknięcia chodził przez dni 8, i wcale nie czuł się słabym, a jednak M. według zeznania wszystkich świadków do ostatnich chwil życia uchodził za zdrowego.

b) Twierdzenie swoje odnośne pp. obducenci opierają na dwóch zmianach, a mianowicie: α) na ropniu znalezionym z prawéj strony czaszki i β) na zgrubieniu opony twardéj po stronie lewéj i przyleganiu do niéj masy czarnéj.

C o d o α. Rozpoznanie ropnia opierają na obecności pomiędzy powłoką a czaszką „masy brudno-szaréj, gęstéj, do zgęszczonéj ropy zupełnie podobnéj“. Pomijając okoliczność, że opis ten nie dowodzi, że masa w mowie będąca była ropą, to niepodobna przypuścić także, aby pp. obducenci w 3 miesiące po śmierci na trupie mocno gnijącym byli w stanie rozpoznać ropę i odróżnić ją od produktów gnilnych, a zwłaszcza od krwi gnijącéj, która w téj właśnie okolicy według wszelkiego podobieństwa do prawdy obficie była wynaczyniona, jak za tém przemawia siniec w okolicy oka prawego przez świadków spostrzeżony po śmierci M.

C o d o β. Zmianę znalezioną na oponie twardéj po stronie lewéj pp. obducenci zdają się uważać jako przewłoczne krwotokowe zapalenie téj błony. Pomijając znów okoliczność, że opis ich nie przemawia za tém rozpoznaniem, ponieważ zapalenie to występuje po stronie wewnętrznéj opony twardéj, a nie zewnętrznéj, i nie ogranicza się do miejsca odpowiadającego szczelinie w czaszce, to w takim razie należałoby przypuścić, że zapalenie to nie pozostawało w żadnym związku przyczynowym z pęknięciem czaszki, bo do wytworzenia takich zmian potrzeba nie dni, ale tygodni i miesięcy czasu. Do przypuszczenia zaś ostrego zapalenia opony twardéj, które mogłoby być następstwem urazu, opis pp. obducentów już wcale nie uprawnia.

Z tych powodów Wydział przypuszcza, że zmiany na oponie twardéj, o których mowa, wywołane zostały przez utrzymanie się resztek wybroczyny, a w szczególności barwika krwi, i tym sposobem nic nie przemawia przeciw zdaniu, że pęknięcie czaszki, a tém samém i wynaczynienie krwi, które stało się przyczyną śmierci Macieja M., powstało w dniu jego śmierci.

2. Pęknięcie czaszki powstało skutkiem uderzenia narzędziem tępém, twardém w czoło, lub upadnięcia i uderzenia się o podstawę twardą. Za tém przemawia:

a) Siniec w okolicy oka prawego i *b)* przebieg strzałkowy szczeliny czaszkowéj, dowodzą one bowiem, że uraz działał z przodu i w kierunku z przodu ku tyłowi.

Jeżeli się nadto uwzględni zeznanie Agnieszki M., ze stanowiska lekarskiego wiarogodne, oświadczyć się należy za powstaniem pęknięcia czaszki w skutek upadnięcia.

3. Opierając się na niewątpliwém pęknięciu czaszki oraz na wynaczynieniu krwi, którego ślady, jak wyżéj po-

wiedziano, znaleziono przy sekcyi, a które skutkiem wstrząśnienia czaszki nastąpiło do jamy czaszkowéj, orzec wypada, że pomiędzy obrażeniem głowy, którego M. doznał dnia 24 września a jego śmiercią istnieje ścisły związek przyczynowy. Za nim przemawiają zresztą jeszcze następujące okoliczności:

a) szybka śmierć człowieka liczącego lat 56, a do ostatniéj chwili zdrowego;

b) zataczanie się po powstaniu i chód niepewny (zeznanie córki Agnieszki);

c) zeznanie świadka, według którego M. w stodole, do któréj zaszedł, leżał nieprzytomny i charczał.

Przypadki śmierci w skutek obrażenia głowy narzędziem tępém i ucisku mózgowego, wywartego przez krew wynaczynioną pomiędzy czaszką a oponą twardą, są u nas bardzo częste, a jednak każdy prawie przypadek nasuwa wątpliwości odmiennego rodzaju. W przypadku niniejszym wątpliwość odnosiła się do czasu powstania zmiany anatomicznéj, w przypadku następnie opisać się mającym rozchodziło się o rozstrzygnięcie pytania, któremu z kilku zadanych urazów ową zmianę anatomiczną przypisać należy. Jak najczęściéj w podobnych razach przyczyna śmierci była jasną; to téż pp. obducenci dokładnie ją podali, natomiast niepodobna było zgodzić się z nimi co do czasu powstania urazu. Sekcyja odbyła się prawie w 3 miesiące po śmierci, a potrzeba wielkiego doświadczenia, aby na trupie gnijącym rozpoznać ropień lub zapalenie opon mózgowych. A jednak tylko rzekome rozpoznanie tych zmian zmusiło pp. obducentów do wniosku wprawdzie loicznego, ale z mylnéj premisy wysnutego, że pęknięcie czaszki, które stało się powodem owych zmian, musiało nastąpić przynajmniéj na 8 dni przed śmiercią człowieka. Gwoli temu rozpoznaniu spuścili z uwagi, że człowiek nie młody z pęknięciem czaszki i wynaczynieniem krwi do jamy czaszkowéj, a tém mniéj z ropném zapaleniem opony twardéj, nie może cieszyć się zdrowiem do ostatniéj prawie chwili życia i oddawać zajęciom zwykłym, i nie uwzględnili prostego faktu, że jeżeli człowiek starszy upada na czoło tak mocno, że ponosi siniec w okolicy oka, a powstawszy zatacza się tak, że ledwie trzymając się ściany może zajść do pobliskiéj stodoły, wreszcie w bardzo krótkim czasie po tém upadnięciu traci przytomność i umiera, że w takim razie upadnięcie na czoło było urazem całkiem dostatecznym do wywołania pęknięcia kości czołowéj i dalszych następstw.

II. Z pracowni chemii lekarskiéj prof. Dra Stopczańskiego i z oddziału chorób wewnętrznych prof. Dra Pareńskiego.

Doświadczenia nad antipyrynem, jako środkiem przeciwgorączkowym z uwzględnieniem jego wpływu na przemianę materyi.

Podał Dr. Józef Wiczkowski,
asystent zakładu chemii lekarskiéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

XI. *Pleuropneumonia dextra.* S. Przelak, lat 23, wyrobnik, przybył do szpitala 3/12 1884 skarżąc się, iż przed dwoma dniami doznał silnego dreszczu, poczém wystąpiła gorączka, kłócie w boku prawym i krwioplucie. Badanie wykazało: Indywiduum dobrze zbudowane i odżywione. W narządzie oddechowym: z przodu po stronie prawéj od szczytu do 3go żebra i z tyłu od szczytu do połowy łopatki odgłos stłumiony, niżéj aż prawie ku dołowi przytłumiono-bębenkowy. Przysłuch wykazał: w miejscu stłumienia wdech i wydech oskrzelowy, niżéj liczne drobne rzężenia. Po lewéj stronie żadnych zmian. Narząd krążenia bez zboczeń. Śledziona macalna na 2 palce pod łukiem żebrowym. Ciepłota 40·3, tętno 120, oddech 30.

Przez czas obserwacyi pozostawał chory na dyjecie składającéj się na rano, południe i wieczór z mleka i jednéj bułki dziennie. Za lek służył mu obok antipyrynu kwasek (*Acid. phosph.* 5:500) i litr wody.

W przeciągu dni czterech jeszcze naciek zapalny zwolna się posuwał ku dołowi, ulegając jednocześnie od szczytu płuc wessaniu tak, iż 7 grudnia po całéj prawéj stronie z tyłu rozdzielanie się nacieku było widoczne; temu towarzyszył naturalny spadek ciepłoty z polepszeniem się objawów podmiotowych. Z tym przeto dniem zaprzestano dalszych obserwacyj.

Przez trzy dni trwania choroby tak się zachowywał przebieg ciepłoty, tętna, jakotéż ilość wydzielanego mocznika:

4 grudnia (IV dzień choroby).

Godzina 8r., 9, 10, 11,
Ciepłota 40·5, 40·0, 39·8, 39·5,
Tętno 120,
Godzina 2p., 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,
Ciepłota 39·5, 38·6, 38·4, 38·2, 38·2, 38·3, 38·2, 38·6,
Tętno 102, 100,

Mocz w ilości na dobę 400 sz. cm. barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddziaływania kwaśnego, ciężar gatunkowy 1·033, białka 0·004 (ślad zalewie spostrzegalny), chlorki w ilości dość silnie zmniejszonéj.
Ilość mocznika % 4·3899, na dobę 17·5595.

5 grudnia (V dzień choroby).

Godzina 7r., 8, 9, 10, 11,
Ciepłota 38·9, 38·5, 38·6, 39, 39·1,
Tętno 102,
Antipyryn 1gr., 1gr., 1gr.,
Godzina 2p., 3 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,
Ciepłota 39, 38·7, 38·6, 38·5, 38·5, 38·5, 37·8, 37·5, 37·4,
Tętno 88,
Antip. 2gr., 1gr.,

Mocz w ilości na dobę 220 sz. cm., barwy nasycono-winowo żółtéj, oddział. kwaś., ciężar gat. 1·035, białka 0·008% (ślad wybitny), chlorki w ilości silnie zmniejszonéj.
Ilość mocznika % 5·5998 gr., na dobę 12·3196 gr.

6 grudnia (VI dzień choroby).

Godzina 6r., 7, 8, 9, 10, 11, 12,
Ciepłota 38·5, 38·6, 38·5, 39·3, 39·3, 38·7, 38·5,
Tętno 96,
Antipyryn 2gr., 1gr.,
Godzina 1p., 2, 4, 5, 6, 8, 10,
Ciepłota 37·5, 36·3, 37·1, 37, 37·3, 37·3, 37·2,
Tętno 72,
Antip. 1gr.,

Mocz w ilości 350 sz. cm., barwy nasycono-winowo-żółtéj, oddz. kwaś., ciężar gat. 1·042, białka 0·008% (ślad wybitny), chlorki w ilości silnie zmniejszonéj.
Ilość mocznika % 5·1482 gr., na dobę 18·1187 gr.

Dodatkowo przytoczę jeszcze pokrótce dwa przypadki chorobowe, do których odwoływałem się wykazując powstanie możebnych przypadów przy użyciu antipyrynu, a mianowicie:

XII. *Pleuropneumonia sinistra.* E. Sołtysówna, 21 lat mająca, zgłosiła się do szpitala 22 grudnia 1884, podając, iż

przed trzema dniami doznała dreszczów poczém wystąpiła gorączka, kaszel i kłócie w boku lewym. Badanie wykazało: Indywiduum dobrze zbudowane i odżywione o podściółce tłuszczowéj dość obficie rozwiniętéj. W narządzie oddechowym: po lewéj stronie z tyłu od grzebienia łopatki ku dołowi stłumienie odgłosu wypukowego; tamże oddech słaby oskrzelowy z licznemi rzężeniami. Zresztą po lewéj, jako téż po całéj prawéj stronie odgłos wypukowy jawny; wdechowi towarzyszą liczne rzężenia wilgotne, grubobańkowe; plwociny rdzawe, w narządzie krążenia żadnych zmian. Wątroba rozmiarów prawidłowych; śledziona pod łukiem macalna. Ciepłota ranna 40·0, wieczorna 40·8, tętno 114. Chora znacznie osłabiona. Po użyciu antipyrynu w dawkach odpowiednich dnia następnego ciepłota obniżyła się do stanu prawidłowego; mimo to naciek zapalny posunął się ku górze, a chora doznawała znacznéj duszności i omdlenia wraz z innemi objawami zapadu, tak, że musiano się uciec do środków drażniących skórę i podniecających czynność serca. Jakkolwiek w dniach następnych nie zaprzestano podawać antipyrynu, objawy zapadu już nie wróciły. Dopiero w rekonwalescencyi podczas pobytu w szpitalu uważano u choréj wybitne napady astmatyczne, co uprawniło do podanego powyżéj tłumaczenia.

XIII. *Tuberculosis miliaris.* I. Kramarska zgłosiła się do szpitala 3 grudnia 1884 skarżąc się na ogólną obolałość, dreszcze, brak apetytu, wymioty i czyszczenie. Badanie wykazało: indywiduum dobrze zbudowane, źle odżywione (odnoga prawa amputowana nad kolanem). Język obłożony, suchy. W narządzie oddechowym: z tyłu po prawéj, w dolnéj połowie odgłos wypukowy krótszy niż po lewéj; tamże nieco rzężeń drobnych, skąpych, niedźwięcznych, zresztą żadnych zboczeń nie ma. W narządzie krążenia żadnych zmian. Wątroba rozmiarów prawidłowych, śledziona powiększona, macalna. Chora czasem nieprzytomna, jakby odurzona. Ciepłota wieczorna (39°—40·5°) wyższa od ciepłoty rannéj. W moczu białka dość znaczna ilość (0·2%), więcéj niż to odpowiada ciałkom ropy i krwi znajdującym się w osadzie obok bardzo skąpo występujących wałeczków Belliniego. W ciągu obserwacyi dreszcze często się powtarzały w typie nieregularnym; ciepłota wieczorna zawsze była wyższą od rannéj. Po podaniu antipyrynu już nawet w ilości 0·50grm. występowały wybitne objawy zapadu, przyczém ciepłota opadała niżéj stanu prawidłowego. Obniżanie się ciepłoty nie wywierało żadnego wpływu korzystnego na samą sprawę chorobową. W narządzie oddechania okazywały się coraz liczniejsze rzężenia, świsty, furczenia. Język suchy, apetyt się pogarszał, czyszczenie coraz znaczniejsze. Śledziona była duża, macalna i bolesna. Chora częściéj bywała nieprzytomną, majaczyła. Wśród tych objawów zakończyła życie 4 stycznia, a sekcyja dokonana stwierdziła rozpoznanie.

Dla poznania przebiegu ciepłoty przytoczę obserwacyję pod tym względem z kilku dni:

13 grudnia.

Godzina 8r., 10, 12, 2p., 4, 8.
Ciepłota 40·2, 39·8, 40·0, 39·4, 39·6, 39.4.
(Bez antipyrynu)

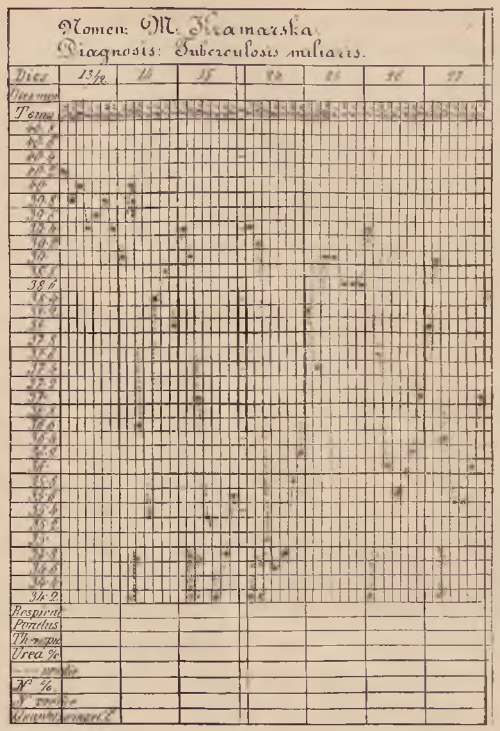
14 grudnia.

Godzina 8r., 10, 12, 2p., 4, 6, 8.
Ciepłota 39, 40·0, 36·6, 35·3, 38·4, 38·8, 38.
Antipyryn 0·5grm.

15 grudnia.

Godzina 8r., 10, 12, 2p., 4, 6, 8.
Ciepłota 39·4, 39, 37, 35·3, 34·2, 34·8, 35·6.
Antipyryn 0·5gr. 0·5gr.

itp. patrz tablicę.



(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z drugiéj seryi posiedzeń w sprawie cholery odbytych w Państwowym Urzędzie Zdrowia w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

Po Kochu zabiera głos Günther, aby zwrócić uwagę, ż Koch go mylnie zrozumiał, bo i on jest zdania, iż do powstania epidemii prócz zawleczenia jadu potrzeba także czasowego i miejscowego usposobienia a stosunki między ludźmi, zdaniem jego, nie zawsze mogą na zawleczenie wpływać, ale nie są czasem bez wpływu.

Mehlhausen zabrawszy głos opisuje kilka przypadków, w których zawleczenie cholery przez marsze wojska w roku 1873, w krajach do Związku niemieckiego należących, jeżeli nie było udowodnione, to bardzo prawdopodobne. Eulenburg i Hirsch przypominają niewątpliwe zawleczenie cholery do Gdańska.

Po krótkiéj sprzeczce między Kochem a Pettenkoferem, w któréj ostatni twierdził, że w sprawozdaniach Kocha z epidemii w Egipcie nie ma jeszcze mowy o prątkach przecinkowych, gdy drugi podawał, iż już wówczas znał te prątki,—zabrał głos Pettenkofer celem obszerniejszego odparcia, poczynionych mu zarzutów. Koch według niego osobistą ochroną chce tłumaczyć miejscową i czasową ochronę lub usposobienie. Pettenkofer nigdy nie przeczył wpływowi osobistego usposobienia i wielokrotnie uwydatniał, iż jednorazowe przebycie choroby sprawia, iż poniekąd powtórne zapadnięcie nie nastaje. Osobistą jednak ochroną nie można wyjaśnić, dla czego w Lyonie nigdy nie było epidemii, gdy Paryż i Marsylija były nią dotknięte i dla czego tyle innych miejsc było ochronionych. Osobiste usposobienie nie wystarcza do wyjaśnienia różnego zachowania się stósownie do czasu i miejsca. Wypada rozróżniać w tym względzie ochronę, jaką pewne miejscowości zawsze posiadają a czasową, zawisłą od stosunków czasem tylko na miejscowość wpływ wywierających. Różni ludzie prócz tego różnie są usposobie-

ni. Pettenkofer oświadcza dalej, iż wyraźnie chciał powiedzieć, że ze zdaniem Cuninghama, jakoby pielgrzymki nie wpływały na szerzenie, nie zgadza się, jest on owszem zdania, że stosunki wpływają o tyle, o ile się rozchodzi o stosunki z miejscowościami a nie z osobami, co do których zgadza się z Cuninghamem, że one są bez wpływu. Pettenkofer bierze Cuninghama w obronę co do zarzutów, jakie mu pod względem wpływu na innych lekarzy poczynił Koch twierdząc, że Cuningham zdając sprawę ze sprawozdań innych lekarzy oddzielił tylko fakty od przypuszczeń i to całkiem słusznie i w tym kierunku jego zapatrywania zgodne są z zapatrywaniami innych lekarzy w Indyjach, którzy mieli sposobność czynienia spostrzeżeń w epidemijach zajmujących większe obszary. Co do cholery na okrętach, to Pettenkofer obstaje przy swém zdaniu, że na okrętach cholera znajduje jak najnieprzyjaźniejszy grunt, okazuje najmniejszą częstość a wyjątkowo tylko zdarzają się zapadnięcia na cholerę większéj ilości osób.

To właśnie skłania do przypuszczenia, iż jadu wypada szukać na lądzie, w jaki zaś sposób dostał on się na okręt tego powiedzieć nie można.

Przeciw zarażaniu się na okrętach jednych chorych od drugich przemawia, zdaniem Pettenkofera, także i to, że na okrętach cholera długi czas się przeciąga. Między jednym a drugim przypadkiem cholery upływają czasem tygodnie, pojawia się drugi przypadek, gdy pierwszy chory już dawno wyzdrowiał a Pettenkofer jest mocno przekonanym, iż gdy na okręt dostaną się jedynie chorzy na cholerę a okręt nie był w styczności z lądem dotkniętym nie przychodzi do wybuchu cholery na okręcie. Na pytanie Kocha, dla czego przewleka się epidemija cholery jedynie na okrętach przewożących znaczniejszą liczbę ludzi, odpowiada Pettenkofer, że nie wszyscy są jednako usposobieni, i że w mniejszéj liczbie osób mniéj jest usposobionych.

Z kolei zabiera głos Virchow. Zdaniem jego Pettenkofer niesłusznie zalicza go wspólnie z Kochem do kontagijonistów; właśnie co do cholery nie dali oni podstawy do mniemania, aby żądali, iżby przeniesienie zawsze bezpośrednio z człowieka na człowieka nastawało. Szereg podjętych badań w skutek odkrycia prątka przecinkowego zmierzał do tego, aby umożliwić wyhodowanie prątka po za ustrojem ludzkim i zapewnienia mu stosunkowo dość długiego istnienia po za ustrojem. Jeżeli obecnie stwierdzono życie prątka po za ustrojem ludzkim przez 6 miesięcy, to zbliża się to do kwestyi zarodników trwałych, podniesionéj przez Pettenkofera. Druga różnica dotyczy tego, że Pettenkofer tylko gruntowi przypisuje możność, iż w nim jedynie rozwijać się może przyrzut. Jeżeli zaś teoryja gruntowa ma znaczenie, to teoryja rozwoju przyrzutu w bieliźnie nie może się utrzymać, i *a priori* należy potępić wszelkie usiłowania hodowli grzybka gdzieindziéj niż w gruncie. Virchow i Koch nie idą tak daleko, aby przeczyli iżby grzybki i w gruncie istnieć nie mogły. Pettenkofer wymaga, aby zrobione jakieś spostrzeżenie zaraz wszystko wyjaśniało, a gdy tego nie czyni, wypadałoby go odrzucić. Koch zaś i Virchow tak nie sądzą, ale w tym kierunku zgadzają się z Pettenkoferem, iż potrzeba dalszych badań, gdyż nie można ich zdaniem za cechę rzetelności jakiegoś spostrzeżenia uważać, aby zaraz wszystko wyjaśniało, — nie odrzucają oni też bynajmniéj usposobienia czasowego, miejscowego i osobowego. Gdybyśmy tylko przyjmowali spostrzeżenia wszystko tłumaczące, musielibyśmy długo czekać. Pewniejszą drogę stanowi według Virchowa droga bezpośredniego spostrzegania a o ile się da i doświadczania. Virchow największą wagę kładzie na dokładne stwierdzenie niektórych przypadków pojedynczych lub zapadnięć grupami i w tym względzie różni się od Pettenkofera. Sądzi on, że dokładnie opisane małe ale stwierdzone podania o pojedynczych przypadkach więcéj dowodzą niż szeregi wielkich epidemij, które tylko w ogólnych znać można zarysach a nie można ich analizować. Jeżeli rozbierać będziemy np. wiele pojedynczych przypadków odnoszących się do przeniesienia przez bieliznę, to co do każdego z nich wyśledzić można, czy i o ile on odpowiada lub nie odpowiada a dokładnie zbadanemu przypadkowi nie można zaprzeczyć przez to, że w innym przypadku lub w wielu innych nie miało miejsca przeniesienie przez bieliznę. Virchow opisuje przypadki pojawienia się cholery w oddziale więziennym szpitala Charité w r. 1871 i na okręcie Franklin, które nie dają się teoryją Pettenkofera wyjaśnić.

Daléj oświadcza Virchow, iż skoro tylko Pettenkofer choćby jednego bezpośredniego dostarczy dowodu, że z gruntu pochodzą przyrzuty cholery lub że zapadnięcie na cholerę wywołała istota bezpośrednio z gruntu pochodząca, to Virchow przyzna, że istnieje rozwój przyrzutu lub jadu w gruncie. Z teoretycznego bowiem punktu widzenia nie ma Virchow nic przeciw temu, ale choćby taki przypadek istniał, nie dowodziłby jeszcze, iż istnieją i inne sposoby zapadnięcia. Tak dobrze jak grzybek lub organizm rośnie w gruncie, może on róść lub nawet lepiéj na istocie odżywczéj, z tego téż powodu Virchow wyobraża sobie, iż istnieje wielość warunków, wśród których może się rozwijać pasorzyt choleryczny. Inaczéj zachowuje się zarazek zawsze na człowieku rosnący, np. krowiankowy.

Virchow ma nadzieję, że uda się kiedyś zgoda z Pettenkoferem co do wielości miejsc rozwoju grzybków cholerycznych. Jeżeli Koch i Virchow po jednym przypadku dowodzącym, iż grzybki w gruncie rozwijają się, przyjmą to zapatrywanie, to z drugiéj strony Pettenkofer winien zgodzić się na to, że rośnie on na agar-agar, na wilgotnéj bieliźnie. Wtedy uda się zgoda między temi zapatrywaniami i rychléj dadzą się wytłumaczyć epidemije. Jedna będzie więcéj odpowiadać téj przyczynie, druga innéj a może co do jednéj i téj saméj epidemii można będzie przyjąć kilka sposobów wyjaśnienia.—Zawsze badać będziemy musieli pojedyncze przypadki.

W odpowiedzi oświadcza Pettenkofer, iż uważa swoje stanowisko za bardzo proste. Grupowanie danych statystycznych skłoniło go do przyjęcia usposobienia czasowego i miejscowego, które tłumaczy wiele, chociaż nie wszystkie epidemije. Co do zarażenia przez bieliznę cholerycznych, to rodzaj ten zarażenia Pettenkofer w pewnych okolicznościach przypuszcza, — sam ogłosił kilka podobnych przypadków, uważa jednak tylko bieliznę cholerycznych pochodzącą z miejsc zarażonych cholerą za niebezpieczną.

Na tém zakończono posiedzenie trzecie. (C. d. n.)

E. Leyden: **O dyspepsyi nerwowéj.**

Z walki, jaka się na jednem z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego berlińskiego wywiązała, wyniósł autor to przekonanie, że poglądy na dyspepsyję nerwową, w najważniejszym punkcie, bo co do istnienia choroby tego nazwiska, na dwa obozy się dzielą. Leube sądzi, że dyspepsyja nerwowa jest chorobą samoistną, polegającą na nieprawidłowym stanie pobudliwości nerwów żołądka, podczas gdy A. Ewald upatruje przyczynę w nieprawidłowéj pobudliwości całego układu nerwo-

wego a przypady żołądkowe uważa tylko za jeden z objawów ogólnéj choroby, którą jako neurastenije odróżniamy; ztąd też w miejsce nazwy *Dyspepsia nervosa*, którą Leube przyjmuje, używa Ewald nazwy *Neurasthenia gastrica s. dyspeptica*. Leyden przychyla się do zdania Leubego, że dyspepsyję nerwową jako chorobę samoistną uważać należy, gdyż jakkolwiek zmian anatomicznych charakterystycznych nie znajdujemy, to jednak przebieg téj choroby zanadto jest skomplikowanym, aby ją za objaw innego cierpienia uważać można. Choroby żołądka mające przyczynę swoją w zmianach anatomicznych odpowiednich nerwów pod nazwę dyspepsyi nerwowéj podciągnąć nie można, a do chorób takich należą cierpienia żołądka w przebiegu zmian w n. błędnym i współczulnym, w przebiegu uwiądu rdzenia pacierzowego t. zw. *crises gastriques*, w chorobie Addisona i w przypadkach anatomicznego uszkodzenia nerwów żołądkowych. W ogólności mówiąc dyspepsyja nerwowa jest nerwicą a więc polega na zmianach czynnościowych bez widocznych i wykazalnych zmian anatomicznych w żołądku lub nerwach żołądkowych.

Czynność fizyjologiczna nerwów w żołądku nie jest do dziś dnia dokładnie zbadaną, tyle na pewne powiedzieć można, że pewne czynności żołądka jak apetyt i trawienie stoją pod wpływem nerwów, których zmiany nieprawidłową czynność żołądka za sobą pociągnąć mogą. W przebiegu dyspepsyi nerwowéj napotykamy przedewszystkiém zmianę w poczuciu głodu, które jużto w niższym, jużtéż w wyższym aniżeli prawidłowo występuje stopniu. Chorzy często tracą apetyt czasem tak dalece, że czują nieprzezwyciężony do jadła wstręt, niekiedy atoli zupełnie odmienne występuje u nich zboczenie, t. j. głód wilczy. Głód ten budzi chorych często ze snu, a niezaspokojony daje powod do właściwego i przykrego bólu w okolicy żołądka, do którego uczucie osłabienia i omdlenie przyłączyć się może, co wszystko po spożyciu pokarmu szybko ustępuje.

Właściwe objawy dyspeptyczne występują dopiero po spożyciu pokarmu a tu należą: rozdęcie żołądka, gniecenie w okolicy żołądka, odbijanie, bicie serca, uderzenie do głowy, tętnienie tętnic skroniowych, przelewanie się treści kiszek, wzdęcie brzucha itd. Wszystkie te objawy powstawać mogą albo pod wpływem nerwów ruchowych lub czuciowych. Za pierwszym przemawia silny ruch robaczkowy i pluskanie w żołądku i kiszkach przez Kussmaula obserwowane, za drugim przeczulica żołądka silniejszą nawet kardijalgiję sprowadzić mogąca. O nerwach wydzielniczych nie można nic pewnego powiedzieć, zdaje się jednak, że siła trawiąca żołądka pod ich wpływem znacznie ulegać musi. W wydzielaniu soku żołądkowego doświadczenia Leubego przez płukanie żołądków żadnéj zmiany wykryć nie zdołały. Obok tych dla dyspepsyi nerwowéj właściwych objawów pominąć nie można objawów mających ogólno-nerwowe znaczenie, jak zawrót i ból głowy, rozdrażnienie i łatwa pobudliwość nerwowa, ogólne osłabienie, bicie serca, sen niespokojny itd.

Przy rozpoznaniu dyspepsyi nerwowéj wykluczyć przedewszystkiém należy wszelką chorobę organiczną żołądka, następnie pamiętać należy, że omawiana forma dyspepsyi napastuje przedewszystkiém ludzi umysłowo pracujących, a więc z klasy inteligentniejszéj, że połączona bywa z ogólnonerwowemi objawami, że leczy się w ten sam sposób jak zboczenia nerwowe-czynnościowe a wreszcie, że okolica żołądkowa na prąd elektryczny jest nadzwyczaj czułą. Etyjologija dyspepsyi nerwowéj jest nader rozmaitą. Żaden wiek nie jest od niéj zabezpieczony, gdyż nawet dzieci, a to zwłaszcza obciążane zbytnią pracą w szkole, podlegać jéj mogą. Usposobienie do téj choroby posiadają wszyscy ale w wyższym stopniu ludzie z t. zw. „słabym żołądkiem“.

Zbytnim nasileniom fizycznym i umysłowym autor daje pierwszeństwo między czynnikami dyspepsyję nerwową sprowadzającemi a tuż obok nich stawia nagłe wzruszenia umysłowe, jak np. przestrach, troskę itp. Hysteryja i cierpienia macicy ten sam skutek za sobą pociągnąć mogą, o ile się zdaje w drodze odruchowéj, któréj bliżéj nie znamy.

Leczenie dyspepsyi nerwowéj stosuje się przedewszystkiém do etyjologii, a więc zmiana miejsca pobytu, odsunięcie się od zajęć domowych, oddalenie trosk i wzruszenia umysłowego, nierównie szybciéj skracają bieg choroby aniżeli leki wewnętrzne w katarach żołądkowych używane, które czasem są wprost szkodliwe. Drugie wskazanie odnosi się do leczenia układu nerwowego, a więc tu znowu kuracyja zimną wodą, elektroterapija, mięsienie ważną odgrywają rolę. Wreszcie zwraca autor uwagę na metodę leczenia Burkardta, który poleca zupełne odosobnienie i umieszczenie w szpitalach chorych na dyspepsyję nerwową i leczenie ich racyjonalne mlekiem. Sposób ten i w hysteryi stósowany ma swoje zalety i często bardzo jest skutecznym ale nie zawsze, a już z tego względu niepraktyczny, że często oderwanie chorych od domu i rodziny jest wprost niemożebném a nawet szkodliwém być może. (*Berl. klin. Woch.*, 1885, Nr. 31). *W. Momidłowski.*

Dr. M. Miura (z Tokio): **O patologiczném występowaniu peptonu w narządach.** (Z chemicznéj pracowni patologicznego Zakładu w Berlinie).

Dotychczasowe nowsze badania nad peptonami odnoszą się przedewszystkiém do pojawiania się ich w moczu w przebiegu różnych chorób. Poszukiwaniem peptonów w narządach nie wiele się dotąd zajmowano. Zadawalano się określeniem fizyjologów, że peptony są postacią białka rozpuszczalną, że tworzą się w żołądku i jelitach pod wpływem zaczynu trawiennego, że ciała białkowate w téj postaci ulegają wessaniu, znajdują się we krwi, w końcu pojawiają się w moczu. Dla tego też wyniki badań w tym kierunku są niedostateczne i niepewne. Z wszystkiego, co o tém napisano— wyłączywszy oczywiście prace tyczące się występowania peptonów w moczu — autor przytacza tyle: Hofmeister znalazł pepton w ropie, Salkowski, Bockendahl, Landwehr w wątrobie i śledzionie białaczkowych, Salkowski w śledzionie, wątrobie i nerkach kobiety zmarłéj z ostrego zaniku wątroby, Sotniczewski w płucach w zapaleniu włóknikowém jako stały objaw, w końcu Schmidt-Mühlheim wykryli go w prawidlowém mleku krowiém. Autor zadał sobie pytanie, czy pepton znajduje się w narządach przy rozpadzie tkanek pod wpływem trucizn, w szczególności fosforu, zatém bez współdziałania zaczynów trawiennych. Aby na to odpowiedzieć, wykonał kilka doświadczeń na królikach i psach, podając im 2 do 5 gramów oleistego roztworu fosforu (*oleum phosphoratum*) i badał po ich śmierci różne narządy, mianowicie wątrobę, śledzionę i nerki, czy nie zawierają peptonów. We wszystkich tych doświadczeniach znalazł największy odsetek peptonu w wątrobie (0,14—0,76%); mniejszą ilość, lecz w każdym razie przynajmniéj wyraźne oddziaływanie, w sercu, śledzionie i nerkach. W wątrobie dwóch zdrowych królików, jakoteż jednego, którego śmierć w skutek zbyt silnéj

dawki nastąpiła wpierw, nim mogło przyjść do stłuszczenia narządów, wynik badania był ujemny. Ze wszystkich doświadczeń autora okazuje się tedy, że w zatruciu fosforowém, jeżeli zmiany dosięgły pewnego stopnia, występuje ten sam produkt rozkładowy białka, co w ostrym zaniku wątroby.

Nadto badał autor rozprawy narządy sześciu kobiet, zmarłych z gorączki połogowéj, która wywołuje w ustroju podobne zmiany, co zatrucie fosforowe i różni się od niego tylko powiększeniem śledziony. I tu otrzymał te same wyniki, co w swych doświadczeniach na zwierzętach pod względem zatrucia fosforem, w wątrobie znalazł 0,22—0,918% peptonu, podobnież w innych narządach. Z tego wynika, że „w narządach osób zmarłych z gorączki połogowéj jest pepton stałém zjawiskiem. Badania doświadczalne autora na zwierzętach, jak również znane w piśmiennictwie lekarskiém podania uczą, że przy rozpadach i wstecznych przemianach może się pepton w narządach pojawić nawet bez przyczynienia się do tego niższych organizmów i bez potrzeby przypuszczenia działania zaczynu trawiennego; natomiast należy przypuścić dla gorączki połogowéj tę możebność, że znaleziony tu pepton zależy od współdziałania niższych organizmów. (*Virch. Arch.* 101 Bd., 2 Hft.) *S. Świerz.*

Prof. E. Mendel: **Jaki stosunek zachodzi pomiędzy kiłą a obłąkaniem z porażeniami.**

Nie po raz pierwszy zabiera M. głos w sprawie stosunku zachodzącego między kiłą a obłąkaniem z porażeniami. W roku 1879 stanowił ten przedmiot temat bardzo ożywionéj dyskusyi, wśród któréj zdanie M., że między temi chorobami istnieje ścisły związek, napotkało na silną opozycyję. Od tego czasu wzrosła znacznie literatura przedmiotu, a i autorowie mieli sposobność coraz to częściéj obserwować przypadki, na podstawie których musieli nabrać przekonania o zachodzącym związku. Rozpatrujący się w téj sprawie zwróci bez wątpienia uwagę swoją najpierw na daty statystyczne. Jeżeli jednak z téj strony do rozwiązania sprawy przystąpić mamy, to należy mieć na względzie, że chorzy leczeni w zakładach publicznych, zkąd właśnie daty statystyczne pochodzą, nie są odpowiednimi dla statystyki, gdyż u nich bardzo nieraz trudno nabyć przekonania, czy przebywali kiłę lub nie. Zadanie bywa tém trudniejsze, ile że występujące przytępienie pamięci u paralityków nie dozwala im przypomnieć sobie, czy przebywali kiłę, chociażby to miało miejsce niezbyt dawno. Możliwém jest również, że lekkie zmiany kiły powracającéj uchodzą uwagi tych ludzi. Inaczéj ma się rzecz z paralitykami z klas inteligentnych. Jeżeli nie sam chory, to lekarze jego pamiętają, że przebywał kiłę, a daty statystyczne zebrane na takim materyjale chorych muszą mieć prawdziwą wartość. Spostrzeżenia Reinhardta (*Zeitschrift f. Psych.* 41, 4 i 5), czynione w zakładzie dla chorych z klas inteligentnych, wykazują przebywanie kiły u 73·3% mężczyzn paralityków, podczas gdy u chorych z klas niższych zdołał ten autor wykazać kiłę tylko w 16·7% przypadkach. Zgodnie z temi brzmią daty uzyskane przez innych autorów, a w obec tego nie można wątpić, że istnieje związek pomiędzy kiłą a obłąkaniem z porażeniami. Przeciwnicy tego zapatrywania zwracają jednak uwagę na dwie okoliczności, które koniecznie uwzględnić wypada, a mianowicie: że w przypadkach obłąkania z porażeniami rzadko tylko napotyka się na zmiany w mózgu, lub w innych narządach kile właściwe i że leczenie przeciwkiłowe nie sprowadza w obłąkaniu żadnego skutku.

Zarzut pierwszy ostać się nie może w obec faktu, że u osób, które dawniéj przebywały kiłę, napotyka się przy sekcyi stosunkowo bardzo rzadko zmiany kile właściwe a nadto, jak to niejednokrotnie zauważono, w obec istnienia wybitnych zmian kiłowych w mózgu rzadko widzi się takowe równocześnie w innych narządach. Zarzut drugi, a mianowicie, że leczenie przeciwkiłowe nie sprowadza pożądanego skutku, przyjmuje M. w całości i za słuszny uznaje. Aby tedy pogodzić sprzeczność z twierdzeniem swojém, że pomiędzy kiłą a obłąkaniem z porażeniami istnieje związek, przytacza M. doświadczenia czynione na psach, u których mógł sztucznie wywoływać w mózgu zmiany odpowiadające zupełnie zmianom znajdowanym u paralityków. Doświadczenia wykonywano w ten sposób, że psa przywięzywano do stolika, który można było szybko obracać. Gdy głowa zwierzęcia znajdowała się na obwodzie, powstawało w skutek działania siły odśrodkowéj nader silne przekrwienie mózgu w chwili obracania zwierzęcia. Zwierzęta, z któremi tak postępowano, ginęły po upływie kilku tygodni, wśród objawów przypominających bardzo przebieg obłąkania z porażeniami u ludzi, naturalnie o tyle, o ile w ogólności można porównywać chorobę ludzi z chorobą zwierząt, a sekcyje wykazywały zmiany w mózgu odpowiadające zupełnie zmianom znajdowanym u paralityków. Okoliczność ta skłania autora do twierdzenia, że powstawanie takich zmian należy przypisać przekrwieniom mózgu powtarzającym się, gdy jednak u ludzi nie miewa nigdy miejsca tak znaczne przekrwienie mózgu, jak je u zwierząt w ten sposób doświadczalnie sprowadzić można, przypuścić należy u ludzi zmniejszoną odporność ścian naczyniowych. Chorobą, która najczęściéj sprowadza owo osłabienie ścian naczyń bywa najczęściéj kiła. Wszyscy autorowie zgadzają się z tém, że u paralityków znajdują się zmiany w ścianach naczyń, zmiany te jednak nie bywają wybitne w większych tętnicach lecz przedewszystkiém w drobnych naczyniach a można je wykazać dopiero za pomocą badania mikroskopowego, jako pomnożenie jąder błony zewnętrznéj i zgrubienie ścian tętnicy. O uznaniu tych zmian za specyficzne nie ma wcale mowy, gdyż wszelkie usiłowania podejmowane w celu, aby w pewnéj zmianie błony wewnętrznéj tętnic, opisanéj przez Heubnera, znaleźć zmianę dla kiły charakterystyczną, wcale się nie powiodły. Tak tedy, przynajmniéj dla pewnéj części przypadków obłąkania z porażeniami, przypuścić należy kiłę za sprawę chorobową, która sprowadziła zmiany w naczyniach. Dla leczenia wynika z tego rozumowania ta wskazówka, że po terapii specyficznéj nie należy się spodziewać rezultatów, gdyż ta nie zdoła usunąć zmian następowych, co zresztą doświadczenie niejednokrotnie potwierdziło. Może jeszcze na najwięcéj zaufania zasługiwałby ergotyn z powodu swego działania na światło naczyń, ale to tylko w samym początku powstawania zmian chorobowych. (*Deutsche med. Woch.* 1885, Nr. 33).

Dr. Schaitter.

Dr. Obołoński: **O włosach ze stanowiska sądowolekarskiego.**

Badania swe odbywał autor w pracowni prof. Anrepa w Charkowie i doszedł do następujących wniosków:

1) Niezawodną cechą włosów wyrwanych (niezmienionych chorobą i niebliskich wypadnięcia) jest obecność powłoczki (*cuticula*), która, ulegając gwałtowi siły wyrywającéj, zsuwa się ku opuszce i układa się w fałdy.

2) W celu uwidocznienia téj przeźroczystéj i niezawsze

dostrzegalnéj powłoczki, należy poddać włos działaniu roz czynu azotanu srebrowego, chlorku złota lub pikrokarminu; w pierwszym przypadku powłoczka zabarwi się kawowo, w drugim fijołkowo, w trzecim żółto.

3) Włosy opalone pod drobnowidem przedstawiają czarne maczugowate zgrubienia na końcach opalonych; po poddaniu takich włosów działaniu terpentyny zgrubienia te stają się przejrzyste i spostrzega się w nich mnóstwo poplątanych przedziałek. Czarna barwa zależy od zawartego powietrza w opalonéj części włosa.

4) Świeże opalenie włosów różni się od dawnego względną gładkością powierzchni maczugowatego zgrubienia: jest ona brodawkowata i kątowata w niedawno opalonych włosach, po dwóch tygodniach nierówności te prawie znikają a po miesiącu wszystkie kąty zaokrąglają się.

5) Na podstawie wymienionych cech opalenie włosów da się udowodnić po miesiącu i więcéj, bez względu na najstaranniejsze ich czesanie i mycie.

6) Podług wejrzenia końców włosów oznaczyć można, czy zostały one ostrzyżone wprawną ręką perukarza, ostremi lub tępemi nożycami, lub téż odcięte innėm narzędziem. Końce włosów ostrzyżonych wprawną ręką i ostremi nożyczkami są skośno ścięte i średnica powierzchni ścięcia równa się średnicy włosa; przy użyciu do ostrzyżenia przez byle kogo nożyczek tępych, ścięte końce włosów mają brzeg zębczasty, średnica ścięcia jest większa od średnicy włosa, a w skutek rozszczepienia włosa na brzegu ściętym występują czarne rysy. Przy odcięciu włosów ostrym brzegiem lub ostrym końcem młotka obraz powierzchni ściętego włosa przypomina cięcie ostremi nożyczkami, ale w tym przypadku często napotyka się włosy zgniecione, o powierzchni podłużnie porysowanéj, średnicy powierzchni ścięcia większéj od średnicy włosa, a brzegu ścięcia zębczastym. Włosy zmiażdżone uderzeniem młotka lub innego tępego narzędzia mają na osi podłużnéj zgrubienia oraz podłużne rysy, a czasem bywają rozszczepione.

7) Czas ostrzyżenia włosów da się oznaczyć podług gładkości brzegów powierzchni ich ścięcia; już we dwa tygodnie po obcięciu zaokrąglenie brzegów staje się widocznėm.

8) Włósie zwierząt wybitnie różni się w większości przypadków od włosów człowieka swą budową drobnowidową.

Autor zbadał oprócz włosia domowych zwierząt sierść 30 rodzajów tych zwierząt, których skór używają na futra w Rosyi, a które przez to samo nabierają znaczenia dla lekarza sądowego.

Praca Dra Obołońskiego jest tymczasowém ogłoszeniem wyników obszernie zakreślonych badań; wkrótce zamierza on wydać całkowitą rozprawę, ozdobioną licznemi drzeworytami, wynik długich i poważnych dociekań. (*Wracz*, Nr. 38).

Dr. Kwaśnicki.

Dr. G a e n n e r: **Jajo kurze w pochwie.**

Ze znacznéj ilości ciał obcych często używanych przez kobiety do samogwałtu, pierwszy dopiero raz natrafiono jajo kurze w pochwie. Dnia 16 maja 1885 r. przyszła do Dra Gaennera kobieta zamężna, która już poród przebyła, opowiadając, iż dnia poprzedniego wybrawszy się z mężem na wycieczkę późno wróciła do domu i położyła się do łóżka. Wkrótce wstał mąż jéj nieco podchmielony, wziął jajo z kosza i zbliżył się do niéj do łóżka. Wtedy podobno drzymała, poczuła jednak, jak jéj jajo włożył między nogi, a na zapytanie co czyni, odpowiedział, iż chce sobie jajo przygrzać. Po chwili jajo wsunęło się do pochwy. Przelękli się niezmiernie usiłując jajo wydobyć, co im się jednak nie udało. Badanie stwierdziło, że jaje leżało w przedniéj części stropu wnękowego (*Laquear*), a końcem palca z trudnością dojść można było do *Portio vaginalis.* Rozchodziło się głównie o to, w jaki sposób możnaby jajo w całości wydobyć. Pochwa była ciasną, co nie dozwalało palcem skrzywionym jaja uchwycić i takowe wydobyć. Najstosowniejsze byłyby obcęgi Breiskego, używane do wydobycia owalnych krążków macicznych. G. przycisnął wypróżniwszy poprzód pęcherz, zrost kości łonowych i jajo przesunęło się po palcu nastawionym w pochwie do części rodnych, z których z łatwością wydobyte zostało. (*Correspondenzblatt für Schweiz. Aerzte*, 1885, Nr. 15).

Dr. Reiss w Dukli.

Wiadomości pomniejsze.

Ω. Docent Dr. J o d l miał w Towarzystwie antropologicznėm w Monachijum ciekawy odczyt o **nowszych badaniach w kwestyi rozwoju zmysłu spostrzegania barw.** Jak wiadomo Gladstone były premier gabinetu angielskiego na podstawie studyjów swych nad Homerem, pierwszy wypowiedział zapatrywanie, że Homer nie posiadał w tym stopniu jak my zmysłu rozróżniania barw tęczy, a tėm mniéj jeszcze barw, powstałych przez zmięszanie różnych siedmiu barw głównych. Geiger na Zjeździe przyrodników w Frankfurcie zastanawiał się nad pytaniem, czy spostrzeganie zmysłowe człowieka ma swoją historyję? Główną uwagę w odczycie swoim zwrócił Geiger na zmysł rozróżniania barw, i zastanawiał się nad historyją tego zmysłu, opierając się na wyrażeniach różnych czasów i narodów. Geiger twierdzi, że wyrażenia odpowiadające pewnym barwom powstają zupełnie w tym porządku jak występują barwy tęczowe. Mowa najdawniejsza rozróżnia tylko barwę czerwoną i czarną,—a w czasach jeszcze dawniejszych napotyka się tylko poprostu wyrażenie „barwa," bez bliższego jéj określenia. Indyjanie, Persowie, Żydzi, Grecy z czasów Homera, nie znają ani barwy niebieskiéj, a tėm mniéj zielonéj. Ta zgodność w braku wyrażenia u kilku narodów, nie może być, zdaniem Geigera, przypadkową, lecz polega na mniejszéj wówczas wrażliwości siatkówki na barwy. Daléj przytacza Geiger zdanie Hugona Magnusa, który twierdzi, że był czas, w którym ludzie posiadali tylko zmysł rozróżniania światła, brakowało im zaś zupełnie władzy odróżniania barw. Zmysł ostatni rozwinął się dopiero z pierwszego: czém barwa która była silniejszą pod względem natężenia światła, tém pierwéj wyrobiło się jéj samodzielne pojęcie i zrozumienie. Ponieważ barwa czerwona wywołuje silniejsze podrażnienie włókien nerwu wzrokowego niż zielona, pierwéj ją zatém nauczono się rozróżniać. Należy się zatém daléj spodziewać, że przyjdzie czas, w którym oko ludzkie będzie jeszcze więcéj barw rozróżniać niż obecnie. Przeciw temu zapatrywaniu wystąpiono z wielu stron. Głównie zaś Kause i Allen podnieśli, że fakt powyższy jest fałszywie tłumaczonym, bo wyrażenia, odpowiadające różnym barwom, powstawały dopiero w miarę potrzeby. Mowa codzienna, konieczn!e potrzebna do porozumienia się zwykłego, obywa się bardzo małym zasobem wyrażeń. Dla tego mowa chłopa będzie o wiele uboższą w wyrażenia niż mowa modniarki lub malarza. Z pojęciem przedmiotu wytwarza się u dziecka i łączy zarazem wyobrażenie barwy. Jodl znalazł u Homera wyrażenia, które odpowiadają i innym barwom, prócz przytoczonych przez Gladstona i Geigera. I tak napotyka się u Homera wyrażenia: ἐρυθρός, φοίνιξ, πορφύρεος dla barwy czerwonéj; ξανθός dla barwy żółtéj; χλωρός dla barwy zielonéj, ὑάκινθος i λαειδής dla barwy niebie-

skiéj. Z twierdzeniem Gladstona i Geigera nie da się daléj pogodzić tekst biblii, w drugiéj księdze Mojżesza, gdzie stoi „pod jego nogami był jakby przejrzysty szafir i jakby niebo, gdy jest pogodném“. Widocznie jest tutaj mowa o *lapis lazuli*, kamieniu przez Żydów ulubionym, którego niebieską barwą zachwycali się. Badanie dzikich narodów wykazuje, że ślepota barw u nich rzadziéj się trafia niż u ludzi cywilizowanych, ale mimo to mowa ich nie ma tyle wyrażeń na odróżnianie barw co mowa narodów cywilizowanych. Teoryja zatém Gladstona i Geigera o rozwoju oka ludzkiego jest nieprawdziwą, bo rzecz sama przez się daleko prościéj tłumaczy się tém, że choć oko zawsze było zdolném do rozróżniania wszystkich barw, to jednak mowa była uboższą i nie miała wyrażeń dla wszystkich spostrzeganych barw. Należy zatém ze stanowiska fizyjologii zaprzeczyć twierdzeniu, jakoby wrażliwość siatkówki na barwy doznawała rozwoju—ze stanowiska psychologii należy je jednak potwierdzić, bo każda mowa pozostaje zawsze w tyle po za rzeczywistemi pojęciami. W dyskusyi ożywionéj, jaką odczyt Dra Jodla wywołał, zabierali między innemi głos proff. Sevy, Rüdinger, Ohlenschlager, Drowie Hellermann, Spatz, Reuling i wszyscy zgodzili się na to, że hypoteza wypowiedziana przez Gladstona i Geigera, która przed niedawnym czasem tyle wrzawy w świecie naukowym i w szerszych kołach inteligencyi narobiła, spoczywała na fałszywych podstawach i jest zupełnie bezzasadną. (*Allg. med. C. Ztg.* Nr. 62, 1885).

○ Według Gilleta można **jodoform uczynić bezwonnym** dodając 1 cz. siarkanu chininu, 3 części węgla drzewnego do 100 cz. jodoformu.

Ω Na 53cim Zjeździe Towarzystwa „*The British medical association*“ w Cardiff 31 lipca 1885 miał Dr. Griffiths zajmujący wykład o **skłonności szczytów płucnych do gruźlicy.** Nasilone ciśnienie krążenia płucnego zależy głównie od głębokości i energii ruchów oddechowych. Części płuc, w których krążenie odbywa się najdokładniéj, największy opór stawiają zwyrodnieniu wszelkiemu. G. przypuszcza zatém, że w szczytach płuc z powodu mniejszéj energii w krążeniu i wymiana gazów jest słabszą niż w innych częściach płuc, że zatém pęcherzyki płucne w szczytach mniéj się rozszerzają w czasie wdechu, niż w innych częściach płuc, i że w tém leży przyczyna, że szczyty płuc są najczęstszém siedliskiem rozpoczynającego się nacieku gruźliczego. Potwierdzenie swego zapatrywania znajduje G. w fakcie, który niejednokrotnie zdarzyło mu się spostrzegać, że u dzieci z *Arthritis tuberculosa* nacieki gruźlicze w szczycie płuca najczęściéj występują po téj stronie, na któréj chory najwięcéj leży, po któréjto stronie zatém płuco mniéj energicznie oddecha. Również hypotezą swoją tłumaczy G. zjawisko, że nacieki gruźlicze częściéj występują w lewym niż w prawym szczycie. (*Allg. med. Centr. Ztg.* 1885, Nr. 67).

IV. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

Pierwsze przypadki choroby zakaźnéj spostrzeżono w małéj wioszczynie Hay, gdzie już w roku przeszłym i o téj saméj porze panował nienormalny stan zdrowia, zrządzający dość znaczną śmiertelność, nieuwzględniona jednak ani przez miejscową władzę ani téż przez mieszkańców tłumaczących się na zrobiony im zarzut, że podobne cierpienia będąc dość częstemi w téj okolicy zwykle zjawiają się i znikają nie zwracając na siebie niczyjéj uwagi. To téż i na rozwój tegorocznéj epidemii musiały wpłynąć najprzód złe stosunki higijeniczne, a także i pozostałe z roku przeszłego ogniska zaduchowe, uśpione tylko w swéj sile. Podobne zaś przypuszczenie opiera się na faktach, jakie towarzyszyły rozwojowi saméj zarazy, sprzyjając jednocześnie rozwleczeniu jéj na inne punkty. Zacytowanie tych okoliczności uważam za konieczne, ponieważ są one niezaprzeczonym dowodem przenoszenia się zarazy za pośrednictwem nieprzerwanych stosunków mieszkańców osad wiejskich z sobą sąsiadujących. Pewien Abbas-Khuli przybywszy do Hay z Teheranu dał pierwszy początek zarazie. Odbywszy podróż konno w dobrym stanie zdrowia, z wyjątkiem może nieuniknionego znużenia, po 26 godzinach wypoczynku w domu popadł w stan wysokiego stopnia gorączki powikłanéj z nieprzytomością, majaczeniem, krwotokiem z nosa, womitami, z jednostronném obrzmieniem gruczołu przyusznego, ukazaniem się karbunkułu w górnéj okolicy stosu pacierzowego, licznemi szerokiemi plamami wynaczynionéj krwi i drącemi bólami w pachwinach i pod pachą tylko po stronie lewéj. Na rozwój tych objawów wystarczyło godzin jedynaście, przypadek ten z nastaniem rana zakończył się śmiercią. Z chwilą zgonu sinica powłok skórnych dała się zauważyć w tych okolicach, w których chory doświadczał dotkliwych bólów, a niemniéj téż i w pobliżu gruczołu przyusznego, rozciągając się na boczną, górną część tułowia. Rodzina pierwszéj téj ofiary, złożona z żony i dwóch małoletnich chłopców, pochowawszy co rychléj nieboszczyka, zajęła się rozdzieleniem pomiędzy sąsiadów pewnych drobiazgów przywiezionych ze stolicy, a które, złożone w podróżnéj torbie, służyły choremu za poduszkę. W parę dni późniéj najprzód jeden z synów wspomnianego Abbasa, późniéj żona i wreszcie drugi syn poszli za ojcem. W ciągu zaś następnych pięciu dni zaraza rozwinęła się z całą siłą i nie trwając dłużéj nad dni trzynaście porwała 21 osób, w liczbie których 11 kobiet, 7 mężczyzn i troje dzieci.

W ten sposób w tegorocznéj epidemii okolic Hamadanu wioskę Hay wypada uważać za ognisko, gdzie zaraza wzięła swój początek i zkąd rozszerzyła się na dalszą okolicę. W istocie, przyjmując za prawdopodobny następny fakt, wypada uważać za pewne, że z Hay zaraza została przeniesioną do pobliskiéj wioszczyny zwanéj Odżak przez pewnego Aliger-Razak. Ten powracając z miasteczka Achczeharaba, drogą prowadzącą z Hay do Odżaku, znajduje bawełnianą chustkę. Zadowolony obwija nią głowę i po powrocie do domu ofiaruje żonie znaleziony przypadkiem podarek. Z upływem dwóch dni jedynaście osób z rodziny Razaka staje się ofiarami przywleczonéj zarazy, przedstawiając wszyscy powyżéj podane objawy chorobowe w stopniu więcéj lub mniéj gwałtownym. W ciągu następnych 9 dni zaraza szerząc się z nadzwyczajną siłą zabrała 32 osób, między którémi było 16 mężczyzn, 10 kobiet i sześcioro dzieci Pomimo, że zaraza w Hay i Odżaku panowała już od dwóch tygodni, mieszkańcy wiosek położonych w pobliżu pozostawali z sobą w dawnych nieprzerwanych stosunkach. W ciągu tego okresu czasu jeden z mieszkańców wsi Mansurabad nazwiskiem Kerbet-Ali-Kerem udał się do Odżaku w celu odwiedzenia swych krewnych, niewielkie przywiązując znaczenie do szerzącéj się tam choroby, przekonany jednak zdaniem pewnego Mołły, że cierpienie to jest zaraźliwém, może się zatém przerzucić i do jego siedziby, z pospiechem udaje się do miasteczek Kerrun i Harakan, angażuje tam czterech „Seidów“, otoczonych aureolą świętości, którzy za cenę 200 tumanów (2.000 franków) decydują się ruszyć do

Mansurabadu, aby swemi modłami zabezpieczyć wioskę od możebnego zakażenia. Droga prowadziła przez Odżak, do którego jednak nie zaglądają, spiesząc co rychlej na intratne stanowisko. Zaledwie jednak przybyli do domu Kerama i wypoczęli tu jednę noc, jeszcze przed rozpoczęciem modłów, dwóch Seidów zapada i przedstawiając wszystkie objawy zakażenia po 19tu godzinach cierpień śmiercią przypłaca swe fanatyczne przedsięwzięcie. W ciągu następnych 8 dni właściciel domu, dwie jego siostry, pięcioro dzieci, młoda służąca i wreszcie dwóch zarezerwowanych jeszcze Seidów, płacą straszny haracz za swe ślepe i nadzwyczajne zaufanie w możność uniknięcia zarazy drogą opłaty. Tutaj pośrednikiem w przeniesieniu zarazy był właśnie sam Keram, który zakażony w czasie swego pobytu w Odżaku, udzielił choroby najprzód duchownym i przez następne przybycie ich do Mansurabadu przyczynił się do rozwleczenia się zarazy w całéj téj osadzie. Zdumiewającą téż była siła epidemii w téj trzeciéj z rzędu wioszczynie. Grasując krótko, bo tylko w ciągu 27 dni, porwała 74 osób, w liczbie których figuruje 28 mężczyzn, 31 kobiet i 15 dzieci.

Na rozwój cechujących ją objawów i cały swój przebieg zaraza nie wymagała więcéj nad 7—11 godzin, szerząc się w Mansurabadzie z większą daleko gwałtownością i nie zwykle prędkiém przechodzeniem objawów zapalnych w stan zgorzeliny. Wybitną cechą, wyróżniającą zarazę w Mansurabadzie od jéj objawów uważanych w innych sąsiednich wioskach, było szybkie występowanie dymienic pod pachami z jednoczesnem ukazywaniem się karbunkułów na szyi i grzbiecie a tylko wyjątkowo wąglików, których proces patologiczny tak był szybki, że na zwłokach uważano tylko obrzmienia koloru fijoletowego lub czarnego, lekko wystające ponad powierzchnię skóry. Również i co do dymienic pod pachami w żadnym przypadku nie dało się potwierdzić przejście ich w stan ropienia lub uwydatnienia przynajmniéj początkowego chełbotania. Stan zapalny gruczołu przyusznego, szybkie jego przejście w stan zgorzeliny nadającéj całéj okolicy cechującą postać obrzmień, jakby czerniaczkowych (*melanique)* zauważałem u chorych w Hay i Odżaku. W Mansurabadzie zaś objaw ten wcale nie miał miejsca, przeciwnie liczba przypadków z obrzmieniami gruczołów pod pachami, licznemi karbunkułami, krwotokami z żołądka i z cewki moczowéj, wreszcie czarném zabarwieniem ogólnych powłok skóry była tu daleko większą. Szczupła téż ludność téj miejscowości nietylko że została zdziesiątkowaną, ale poprostu zniszczoną, w skutek okropnéj téj plagi niezażegnanéj wspomnianym sposobem. Cechującym zaś faktem, na którego wytłumaczenie nie znajduję żadnéj przyczyny, była nadzwyczajna siła zaraźliwości choroby pośród jednéj i téjże saméj rodziny, w jednym domu lub w téj i owéj dzielnicy wioskowéj, gdy znowu jedyny tu grabarz, oddawszy usługę licznym swym sąsiadom, sam został oszczędzony przez zarazę, jak mnie zapewniał, dzięki tylko zachowaniu ostrożności nieużywania odzieży zakażonych, z prawa, zwyczajem uświęconego, jemu przypadającéj. Grzebał téż zwłoki sam i to zwykle w nocy, wyciągając nieboszczyków motyką i zrzucając je z nieznacznego pagórka, na jakim leży wioska, wprost do niegłębokiéj i niedalekiéj jamy. Ten nigdzie niepraktykowany sposób obchodzenia się ze zwłokami może także był powodem, że nielitościwy względem nich grabarz, za odwagę i gotowość oddawania ostatniéj usługi, sam został jeszcze zachowany do czasu, gdy znowu jego siła i zmyślność okażą się potrzebnemi.

Jakkolwiek epoka wybuchu epidemii w Hay i następnego jéj przeniesienia się do Odżak i Mansurabadu przypada na drugą połowę stycznia, a jéj zupełne ustanie na dzień 13 lutego, to jednak dopiero w początkach tego miesiąca zaczęto się nieco interesować stanem sanitarnym téj okolicy. Nic dziwnego; z dżumą i w ogóle z wszelkiemi chorobami zakaźnemi ludność perska tak jest oswojoną, że zwykle bardzo mało niemi się interesuje. Przekonywający tego dowód mamy właśnie w egzystencyi groźnéj i morderczéj choroby zakaźnéj w okolicach Hamadanu, która drogą wyjątkowo pośrednią tylko, zdołała wreszcie zwrócić na siebie uwagę władz sanitarnych. Pierwszym zaś co się zainteresował stanem zdrowotnym nienormalnym we wsiach Hay i Odżak był to sąsiadujący z niemi Mehemet Khan, właściciel osady Demak. Pozostając w stosunkach przyjaźni z rodzajem komendanta załogi perskiéj w Hamadanie Hussein Khanem Jamerem, jego najprzód zawiadomił listownie o niezwykłéj śmiertelności w jego okolicy. Żołnierz niezwykle zatrwożony pospieszył przesłać o tém wiadomość do Teheranu, pisząc prywatnie do swego kuzyna Machmud Khana, perskiego ministra spraw zagranicznych. Prawdopodobnie, że tą drogą posłane wiadomości pozostałyby bez żadnego rezultatu, gdyby ajent konsularny angielski w Hamadanie nie był zawiadomił swéj władzy w Teheranie o szerzeniu się zarazy w okolicach Hamadanu. Gdy więc tą drogą trwożna wiadomość doszła do stolicy perskiéj, wkrótce wszystkie poselstwa ubiegać się zaczęły, aby co rychléj przesłać wiadomość swym Rządom. W tento sposób międzynarodowa Rada zdrowia w Stambule zawiadomioną została, lecz zdaje się, że najpóźniéj, pomimo, że ze wszystkich najbardziéj była interesowaną. Podaję tu te szczegóły jedynie dla uwydatnienia, jak zabawnemi są stosunki między dwoma sąsiadującemi rządami i jak łatwo w skutek opieszałości delegatów sanitarnych, akredytowanych przy Rządzie perskim, zaraza mogła się przerzucić daleko daléj, aniżeli okolica, w któréj się ostatecznie ukazała. Rzecz prosta, że w ciągu działania dyplomatów zaraza szerzyła się coraz bardziéj. I przed tém, nim wiadomość o niéj doszła do Teheranu, już właściel Demaku, wspomniany Mehemet Khan zainstalował rodzaj łańcucha sanitarnego, zakazując swoim poddanym pod karą śmierci wszelkich stosunków z mieszkańcami dotkniętych miejscowości. Oczywiście, byłto już pierwszy krok prowadzący do zastosowania środków ostrożności, które choć wykonane bezładnie, swojskim tylko zwyczajem, wprowadzone jednak na czasie, bardzo się przyczyniły do ograniczenia zarazy trzech jedynie punktów. To téż nim władza centralna zdecydowała się do przedsięwzięcia kroków wskazanych okolicznościami, punkty zakażone były już w części izolowane, Mieszkańców odpędzano, uciekających zmuszano do powrotu unikając wszelkiego z niemi zetknięcia. Wreszcie na kilka dni przed 13 lutego, t. j. datą ustania epidemii, władza perska zdecydowała się wysłać do miejsc zakażonych dwóch ze swych najbardziéj doświadczonych lekarzy, aby się zapewnić o znaczeniu wieści, co tyle narobiła wrzawy, zastosować środki ochronne, a niemniéj téż i starać się udowodnić, czy to nie jest jakiś nowy dotąd nieznany stan patologiczny? Z taką misyją Mirza Mehemet, lekarz spitalika miejskiego w Teheranie i propagator jednéj z gałęzi medycyny pośród nowicyjuszów perskich, otrzymał polecenie udania się najprzód do Hamadanu, a następnie zwiedzenia punktów dotkniętych zarazą. Do pomocy dodano mu Mikzę Izmaila, tytulującego się asystentem jednego z lekarzy Szacha.

W przekonaniu, że zaraza potrwa czas dłuższy, delegowani lekarze nie spieszyli się z wyjazdem z Teheranu. Otrzymane od władzy środki lecznicze kompletowano przetworami rzadszemi, jakie można było wyszukać w stolicy Persyi, w zamiarze korzystnego ich zużytkowania wśród więcéj zamożnych mieszkańców. Toteż ta swoiska opieszałość i cel leczenia tych, co najmniéj tego potrzebowali, stała się powodem, że perscy delegaci przybyli do miejsc dotkniętych zarazą w chwili, gdy już upłynął spory okres czasu od ostatniego przypadku zakażenia. W żadnym téż z punktów zakażonych nie udało się im odszukać nietylko chorego, ale choćby tylko powracającego do zdrowia. Więc téż przy tak pomyślnych okolicznościach zarządziwszy posypanie grobów pewną ilością wapna i poleciwszy utrzymywanie na przyszłość większéj czystości, delegaci z pospiechem powrócili do Hamadanu. Misyja ich trwała godzin 37 i to było wystarczającém do zaspokojenia siebie samych, a głównie do zapewnienia władzy, że epidemija znikła bez śladu, wcale nie będąc dżumą.

Na czém zaś delegat sanitarny perski oparł tę swoją opinię bardzo ważną dla stosunków międzynarodowych, to rzecz równie oryginalna jak i ciekawa. Przybywszy zapóźno do okolicy, w któréj grasowała zaraza, nie mając zatém możności przypatrzenia się rozwojowi, przypadom i ich przebiegowi, przekonany, że patognomonicznym objawem dżumy są wyłącznie i jedynie dymienice w pachwinach, wreszcie zapewniony, że najwybitniejszym objawem zarazy w Mansurabadzie były obrzmienia, stan zapalny i zgorzelina gruczołu przyusznego, Mirza Mehemet przyjął ten proces za szczególnie wyjątkową cechę choroby, i nie odważywszy się zadecydować o jéj naturze, wyraził się tylko z całą naiwnością, że nie wie, do jakiego rzędu chorób zakaźnych wypada policzyć epidemiję, o któréj przebiegu i rezultatach ustną powziął wiadomość. Podobne jednak zdanie mogło być tylko albo wyrazem okresu dziecięctwa, w jakiém pozostaje nauka fachowa w Persyi lub téż wynikiem złéj woli, przenoszenia własnego interesu nad dobro ogółu. Bo jeżeli nawet jest zwyczajem tutejszych władz ukrywanie przed światem istotnego stanu sanitarnego mieszkańców, to jednak delegat sanitarny miejscowy, od którego zdania zależało zastosowanie środków ostrożności, ograniczenie stosunków międzynarodowych itp., winien był przecie dla saméj godności swego zadania wyrazić się w sposób bardziéj stanowczy i przekonywający o epidemii, co spostoszyła prawie do szczętu kilka wiejskich osad. Wprawdzie nie widział chorych, zwłoki nieszczęśliwych ofiar już innemu uległy procesowi, lecz wszakże było kilku powracających do zdrowia, a ci mogli zaświadczyć o charakterze choroby i przypadach ją cechujących. Można więc było drogą wykluczeń i porównań znaleźć dla niéj właściwą nazwę i miejsce w szeregu zakaźnych stanów patologicznych. Że zaś to nie nastąpiło, mnie więc obecnie przypadło w udziale rozpoznać chorobę, co, pospieszam dodać, nie było dość łatwém przy trudnościach, jakie tu spotykałem na każdym kroku. Gdy jednakże udało mi się zebrać kilkanaście spostrzeżeń kazuistycznych w Hay, a głównie w Mansurabadzie, nie było trudno dłużéj wątpić, że chorobowe objawy, następstwem których było stanowczo nieszczęśliwe zakończenie, mogły cechować coś innego jak dżumę w najgwałtowniejszéj jéj formie. (C. d. n.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 4—10 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 31,4. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z odry 7 (3 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 3 (2 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 13 przypadkach odry, 3 płonicy, 1 krztuśca. W tygodniu od 27 września do 3 października umarło z ospy: w Liwerpolu, Mnichowie i Rzymie po 1; w Odesie i Paryżu po 2; w Warszawie 4; w Budapeszcie, Wenecyi i Londynie po 5; w Pradze 6; w Wiedniu 10. Z duru osutkowego umarło: 1 w Londynie i Petersburgu. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 29. Z odry umarło w Gdańsku 14. Z płonicy umarło w Duisburgu 6, w Petersburgu 12, w Berlinie 13, w Londynie 14. Z błonicy umarło w Altonie 9, w Warszawie 11, w Paryżu 22, w Londynie 35, w Berlinie 41. Z krztuśca umarło w Londynie 22. Z cholery umarło od 24—28 września w Hiszpanii 1063, a zachorowało 3056; we Włoszech od 23—27 września umarło 382, a zachorowało 690.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 27 września do 3 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 24,1; w Warszawie 21,8; w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 19,9; w Pradze 20,4; w Budapeszcie 19,9; w Berlinie 27,9; w Gdańsku 28,2; we Wrocławiu 31,7; w Strasburgu 29,0; w Fryburgu 26,4; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Amsterdamie 21,8; w Brukseli 23,1; w Chrystyjanii 16,7; w Kopenhadze 16,8; w Londynie 16,8; w Odesie 28,4; w Paryżu 20,5; w Petersburgu 23,0; w Rzymie 25,1; w Stokholmie 20,3; w Wenecyi 31,8; w Zurychu 14,8. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 października. NPan zamianował zastępcę prosektora w ces. rosyjskiéj Akademii lekarsko-chirurgicznéj, Dra Napoleona Cybulskiego, zwyczajnym profesorem fizyjologii w Uniw. Jagiellońskim.

Tym sposobem katedra, opróżniona w skutek przedwczesnéj śmierci śp. prof. Piotrowskiego, obsadzoną została zgodnie z jednomyślną uchwałą Wydziału Lek. Wysokie Ministerstwo, załatwiając sprawę obsadzenia katedry ważnéj tak szybko, dało dowód niezwykłéj życzliwości dla naszego Uniwersytetu. Nowomianowany profesor już przed kilku dniami przybywszy do Krakowa niebawem rozpocznie swoje wykłady.

* Na wczorajszém posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego miał Dr. Trzebicky zapowiedziany odczyt o litolapaksyi; w dyskusyi nad tym przedmiotem brali udział proff. Mikulicz, Obaliński i prelegent.

* Wierna swemu zwyczajowi redakcyja *W. med. Wochenschrift* i tym razem przy sposobności rozpoczynającego się roku szkolnego wygłasza swoją mowę tronową. W pieczołowitości swéj koło dobra Wydziałów lekarskich ubolewa nasamprzód nad brakiem drugiéj katedry fizyjologicznéj w Wiedniu, roni łzę nad upadkiem Wydziału lekarskiego niemieckiego w Pradze, radzi kilku profesorom w Gracu, aby z powodu wieku lub choroby udali się na spoczynek, karci nieobsadzenie katedr patologii ogólnéj, farmakologii, medycyny sądowéj i higijeny w Insbruku, a w końcu, jak zwykle, żółć swoją wylewa na wydziały lekarskie w Krakowie i czeski w Pradze. Ustęp, którym nas raczy, opiewa: „O uniwersytecie krakowskim mało co wiadomo; tam stronnictwo narodowe polskie większy wywiera wpływ, aniżeli Ministerstwo, które tylko nader rzadko jest w stanie pozyskać tam zakres działania dla jednego ze swoich kandydatów“. Rzecz dziwna, do jakiego bałamuctwa prowadzi niedobra wiara; według denuncyjacyi szan. koleżanki wiedeńskiéj zdawałoby się, że między Uniwersytetem a Ministerstwem istnieje stosunek równorzędności: raz Wydział proponuje Ministerstwu kandydatów, a innym razem Ministerstwo Wydziałowi, i że częściéj nierównie przechodzą kandydaci Wydziału aniżeli Ministerstwa! Widoczna, że Redakcyja o stosunkach uniwersyteckich źle jest poinformowaną, lub raczéj chce wmówić w czytelników, że dzieją się u nas rzeczy, jakie się w żadném państwie nie zdarzają! Gorzéj jeszcze obchodzi się z Wydziałem czeskim; tam tak zwani uczeni, o których nikt nie słyszał, są powodem, że studenci czescy, nie mogąc dla teroryzmu narodowego zapisać się na wydział niemiecki w Pradze, tłumnie uciekają do Wiednia.

Jakim się sposobem atoli dzieje, że liczba uczniów w Wydziale czeskim mimo to jest tak znaczną, że zakłady naukowe są za ciasne dla ich pomieszczenia, téj zagadki szan. redakcyja nie rozwiązuje.

* **Warszawa.** D. 11 bm. bronił p. Henryk Pacanowski rozprawy p. t. „Peptonuryja pod względem klinicznym“ i otrzymał tytuł doktora. (*Medycyna*).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Na pierwszém posiedzeniu Wydziału lek. wybrano proff. Brauna starszego, Vogla, Ludwiga i Widerhofera na wyborców rektora. Następnie wystosowano prośbę do Ministerstwa, aby prof. Dittlowi, który ukończył rok 70ty, dozwolono jeszcze przez rok pozostać w Wydziale. Daléj odczytano pismo p. Ministra, zwracające uwagę, że docent Dr. Fürth ma posiadać kwalifikacyje na profesora nadzw. i żądające zbadania téj sprawy. Wreszcie prawie jednogłośnie również na skutek zwrócenia uwagi p. Ministra przedstawiono docenta Dra Weichselbauma do nominacyi na prof. nadzw. anatomii patologicznéj, a nie histologii patologicznéj, jak tego żądała komisyja, złożona z proff. Kundrata, Nothnagla i Toldta.— **Praga**. Docent prywatny w Uniw. niem. Dr. Löwit na propozycyję prof. Ludwiga w Lipsku powołany został na prof. patologii doświadczalnéj w uniwersytecie chileńskim w St. Jago. — **Erlanga.** Kierownictwo kliniki Leubego, powołanego do Würzburga, objął zastępczo prof. Penzoldt. — **Monachium.** Docenci Emmerich i Buchner wysłani zostali przez Rząd do Palerma celem badania cholery. — **Charków**. Docent petersburski Dr. Brujew mianowany został profesorem chorób skórnych i kiłowych. — Prof. chemii lekarskiéj Dr. Danilewski w Kazaniu ma przenieść się do Charkowa.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarł prof. Karol Robin, znany anatom i histolog.

W Warszawie umarł Dr. Antoni Eborowicz (ur. w r. 1816 w Warszawie, w r. 1844 uzyskał stopień doktora w Paryżu. *Medycyna*).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 42: Kosińskiego: Trzy przypadki częściowego wycięcia kiszki (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 42: Łuczkiewicza: O cholerze; Jasińskiego: Wady wzroku jako przyczyna skrzywień kręgosłupa (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. Stan. ZALESKI (w Dorpacie): Ein Beitrag zur Frage der Ausscheidung des Kohlenoxydes aus dem Thierkörper. (Osobna odbitka z „Archiv. f. exp. Path. u. Pharmakol.“ XX) in 8vo str. 7.

Dr. J. MARKIEWICZ: O użyteczności kuracyi winogronowéj w Kamionce, Kijów 1883, in 8vo str. 26.

Dr. H. PACANOWSKI: Pepton w moczu. (Odbitka z „Pamiętn. Lek.) Warszawa 1885, in 8vo str. 136 z tabl. litograf.

L. WECKER: Les indications de l'extraction simple, Paris 1885, in 8vo str. 19.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 31 października 1885. № 44. Rok XXIV.

I. Z Zakładu farmakologicznego w Uniw. Jagiell.

O działaniu ergotyny na krążenie i na macicę.

Podał Prof. Dr. Józef Łazarski.

Pomimo licznych prac nad sporyszem i jego wytworami wiadomości nasze o tym leku są jeszcze dosyć skąpe; nie posiadamy też ze sporyszu wytworu takiego, o którym możnaby powiedzieć, że jest w stanie zastąpić sporysz pod względem jego skuteczności. Pierwszy Wiggers (*Annalen der Pharmacie* 1832 Bd. I. S. 129) podał sposób do otrzymania ergotyny, która jest wyciągiem wyskokowym sporyszu i uwolnionym od istot w wodzie rozpuszczalnych. Ta ergotyna miała zawierać właściwą istotę działającą. Następnie zwrócił uwagę Bonjean (*Comptes rendus* 1842 Nr. 24 p. 899) na skteczność wyciągów wodnych sporyszu w krwotokach i położnictwie i podał sposób do otrzymania ergotyny, która jest wyciągiem wodnym rozczynowym za pomocą wyskoku ze śluzu roślinnego. Wernich (*Virchows Arch.* Bd. 56 S. 505; *med. Centrbl.* 1873 Nr. 28) zmodyfikował metodę Bonjeana, wytwór jego—*ergotinum dialysatum*—jest wyciągiem wodnym dyalizowanym, z którego śluz roślinny za pomocą wyskoku strącony został. Dwa alkaloidy ekbolin i ergotyn, które Wenzell (*Wittstein's Vierteljahresschrift für Pharmacie* Bd. 14 S. 18 1865) ze sporyszu otrzymał, nie weszły w zastósowanie lekarskie a Haudelin (*Ein Beitrag zur Kenntniss des Mutterkorns in physiol-chem. Beziehung. Inaug-Dissert.* Dorpat 1871) nie zdołał takowych ze sporyszu otrzymać. Badania Buchheima, Dragendorffa i Podwysockiego i późniéj Koberta (*Archiv für experimentelle Pathologie u. Pharmakol.* Bd. III. Bd. VI. Bd. XVIII) zaznajomiły nas bliżéj ze składem chemicznym sporyszu. Dragendorff i Podwysocki rozróżniają w sporyszu dwie istoty działające: kwas sklerotynowy i skleromucynę; inne zaś składniki jak sklereretryna, sklerojodyna i sole potasowe mają według tych autorów tylko podrzędny udział w działaniu tego leku. Istoty otrzymane przez nich podał Nikitin (Rossbach *Pharmakolog Untersuchungen* Bd. 3 1878) dokładniejszemu badaniu farmakologicznemu i doszedł także do rezultatu, że kwas sklerotynowy posiada wszystkie fizyjologiczne i lecznicze własności sporyszu i powinien być dla tego uważany jako głównie działający składnik. Także i sklerotynijan sodowy działa według tego autora podobnie, tylko nieco słabiéj, aniżeli wolny kwas, który w suchém miejscu przechowywać należy, gdyż w innych warunkach traci swoją skuteczność. Nothnagel-Rossbach (*Pharmakologie IVte Auflage)* uwzględniając wyniki badań Nikitina podają, że kwas sklerotynowy u zwierząt ciepłokrwistych obniża—w małych dawkach przejściowo, w większych zaś stale, ciśnienie krwi. Naczynia jelita i macicy kurczą się bezpośrednio po zadaniu tego leku tak, iż następuje niedokrewność tych narządów; dawki 0,2 kwasu sklerotynowego pobudzają do skurczów macicę zwierząt w stanie ciężarnym, jak i nieciężarnym a skuteczności tego leku w krwotokach płucnych można objaśniać obniżeniem ciśnienia krwi; w krwotokach jelitowych zaś a zwłaszcza macicznych przyczyną skuteczności jego jest skurcz naczyń odżywiających powyższe narządy. Według tych badań mielibyśmy więc w kwasie sklerotynowym środek bardzo wygodny do zastósowania tak w krwotokach jako też i w położnictwie i zbyteczną byłaby ergotyna. Nie można jednak pogodzić wyników tych badań z podaniami Koberta (*Archiv. für exper. Pathologie u. Pharm.* Bd XVIII). Rozróżnia on w sporyszu trzy istoty działające, kwas ergotynowy, kwas sfacelinowy i alkaloid kornutyn. Według niego jest kwas ergotynowy główną częścią składową kwasu sklerotynowego Dragendorffa i Podwysockiego. Po wstrzyknięciu rozczynu kwasu ergotynowego do żyły spostrzegał Kobert u psów i królików zawsze znaczne obniżenie ciśnienia krwi, nie zauważył jednak nigdy wpływu kwasu tego na macicę zwierząt ciężarnych i nieciężarnych. Również i kwas sklerotynowy Dragendorffa i Podwysockiego nie mają według niego wpływu na macicę ciężarną i nieciężarną, płód jednak

szybko obumierał, jeżeli nastąpiło znaczne obniżenie ciśnienia krwi. Kwas sfacelinowy zaś i kornutyn zwiększają ciśnienie krwi a to wskutek zadrażnienia ośrodka naczynioruchowego. Ciśnienie krwi podnosi się po zastósowaniu kornutynu jeszcze wtenczas, gdy skutkiem działania kwasu sfacelinowego ośrodek naczynioruchowy pozornie został porażony. Kwasowi sfacelinowemu przypisuje Kobert własność pobudzającą macicę do skurczów, nawet do wywołania tężca jéj, podczas gdy kornutyn pobudza macicę tylko do ruchów.

Taki więc wytwór sporyszu jest lepszym do zastósowania praktycznego, który zawiera w sobie kornutyn. O innych wytworach (jak np. ergotyninie Tanreta) nie wspominam, ponieważ nie ulega dla mnie żadnéj wątpliwości, że takowe nie są połączeniami stalemi lecz mięszaninami różnych połączeń.

Widzimy więc zgodność autorów co do działania kwasu sklerotynowego i ergotynowego na krążenie; oba te wytwory wstrzyknięte do żył obniżają znacznie ciśnienie krwi. Nie ma jednak zgodności co do działania kwasu sklerotynowego na macicę.

O wiele większe sprzeczności napotykamy w literaturze co do działania ergotyny Bonjeana na krążenie. Podług Briesemanna *(Inaug-Disert.* Rostock 1869), Holmesa (*Arch. de Physiol* 1880 III) Ebertego *(Inaug-Dissert.* Halle 1873) i Köhlera pobudza ergotyna naczynia włosowate do skurczu, co ci autorowie w przeźroczystych częściach żabich spostrzegali. Według Wernicha pozostaje po ergotynie skurcz naczyń włosowatych rdzenia, a według Patrica, Nicola i Mossopa skurcz naczyń na dnie oka. Co się zaś tyczy wpływu, jaki lek ten na ciśnienie krwi wywiera, to według Holmesa ciśnienie po ergotynie chwilowo zmniejsza się, poczém podnosi się znacznie po nad stan prawidłowy. Köhler spostrzegał w większéj ilości przypadków zwiększenie się ciśnienia bezpośrednio po zastósowaniu ergotyny, a tylko czasem podobnie jak Holmes przed zwiększającém się ciśnieniem spostrzegał przemijające obniżenie się takowego. Haudelin zaś podaje, że po małych dawkach ergotyny następuje krótko trwające, po wielkich zaś stałe i znaczne obniżenie ciśnienia krwi a więc zupełnie zgodnie z wynikami badań otrzymanemi przez Nikitina z kwasem sklerotynowym Dragendorffa i Podwysockiego.—Według Köhlera nie wywiera ergotyna Wiggersa (wyciąg wyskokowy sporyszu) żadnego wpływu na drobne naczynia jako też i na ciśnienie krwi a następuje po niéj zwiększenie się pobudliwości obwodowych nerwów ruchowych. I téj zwiększonéj pobudliwości a nie wyłącznie powstającéj niedokrewności w rdzeniu przypisuje Köhler wielkie znaczenie w powstawaniu kurczów macicy; ergotyna Bonjeana mniéj według niego działa na pobudliwość nerwów jako też i na macicę.

Uderza nas tu wielka sprzeczność w podaniach autorów. Podczas gdy jedni spostrzegali zwiększenie się ciśnienia krwi, podaje inny obniżenie się jéj po zastósowaniu ergotyny B. Wszyscy jednak autorowie w tém się zgadzają, że ergotyna B. wywołuje kurczenie się naczyń włosowatych i to kurczenie się naczyń służyć miało nawet za cechę dobréj ergotyny. Przy skurczu naczyń włosowatych a więc przy zwiększeniu się oporu w krążeniu można się spodziewać nie obniżenia ale zawsze zwiększenia się ciśnienia ościennego. Ta okoliczność dowodzi, że autorowie spostrzeganemu przez siebie kurczeniu się naczyń włosowatych w przeźroczystych częściach żab i na dnie oka u ludzi za nadto wielkie znaczenie przypisywali. Zweifel *(Archiv für exper. Pathol. u. Pharmakol.* Bd. IV) wykazał jednak, że kurczenie się naczyń nie tylko po ergotynie następuje, ale także i po zastósowaniu różnych połączeń, np. kwasów rozcieńczonych. Zwraca on uwagę na to, że skutkiem każdego podrażnienia nerwów czuciowych skurcz naczyń odruchowo następuje.

Nie ulegało dla mnie najmniejszéj wątpliwości, że autorowie badający wpływ ergotyny Bonjeana na krążenie mieli do czynienia z wytworami róźnego składu chemicznego. W badaniach moich uwzględniałem najprzód wpływ ergotyny Bonjeana na naczynia włosowate w pletwach żab słabo kuraryzowanych. Stósowałem podskórnie za pomocą strzykawki Pravaza rozczyn (1:10) ergotyny z różnych miejsc sprowadzanéj, jakotéż i ergotyny według metody B. przezemnie z świeżego sporyszu sporządzonéj. — Podobnie jak poprzedni autorowie przekonałem się, że po wstrzyknięciu ergotyny następowało po 1—2 minutach znaczne zwężenie naczyń, często więcéj niż do połowy pierwotnéj szerokości naczynia, co za pomocą mikrometru umieszczonego w soczewce ocznéj drobnowidu dokładnie spostrzegać mogłem. Przekonałem się, że najznaczniejsze zwężenie naczyń następowało po tych ergotynach, które najbardziéj kwaśno oddziaływały. Jeżeli zaś wszystkie ergotyny zobojętniłem węglanem sodowym, wówczas zwężenie to było mniéj więcéj jednakowe, atoli zawsze mniéj znaczne, aniżeli po ergotynach nie zobojętnionych. Już ten fakt, że kwaśno oddziaływające ergotyny znaczniejsze kurczenie się naczyń wywoływały aniżeli zobojętnione, domyślać się kazał znaczniejszego podrażnienia nerwów czulnych w pierwszym szeregu doświadczeń. Według badań Buchheima znajdują się w wyciągu sporyszu kwas mlekowy, według Hermanna i Flückigera *(Vierteljahrschrift für prakt. Chemie* Bd. 14, Bd. 18) także i kwaśne fosforany, które przyczyniają się do znaczniejszego podrażnienia obwodowego nerwów czulnych. Otrzymywałem bowiem także zwężenie naczyń po zastósowaniu rozcieńczonego kwasu mlekowego (1:200); zwężenie zaś zaledwie można było spostrzegać, gdy kwas ten węglanem sodowym zobojętniłem. I po zastósowaniu kwasu sklerotynowego w rozczynie wodnym (1:20) spostrzegałem zwężanie się naczyń. Nie ulega więc dla mnie najmniejszéj wątpliwości, że jak Zweifel podaje, zwężanie się naczyń włosowatych po zastósowaniu ergotyny nie jest następstwem swoistego działania ergotyny, lecz skutkiem zadrażnienia obwodowego nerwów czulnych.

Badanie wpływu ergotyny na krążenie przedsiębrałem na królikach i psach kuraryzowanych przy sztucznéj respiracyi. Wstrzykiwałem do żyły szyjnéj zewnętrznéj rozczyn wodny ergotyny Bonjeana (1:5) i ergotyny dyjalizowanéj; zmiany w krążeniu występujące oznaczałem za pomocą kymografionu. Przekonałem się podobnie jak i poprzedni autorowie, że ergotyny Bonjeana z różnych miejsc sprowadzane niejednakowy wpływ na ciśnienie krwi wywierają.

Po zastósowaniu niektórych ergotyn otrzymywałem po małych dawkach nieznaczne obniżenie ciśnienia ze znaczném zwolnieniem tętna. Obniżenie to trwało od kilkunastu sekund do jednéj minuty, poczém wracało ciśnienie do stanu prawidłowego. Po wielkich zaś dawkach spostrzegałem długotrwające obniżenie ciśnienia ze zwolnieniem częstości tętna. Zwrócić muszę uwagę na tę okoliczność, że właśnie te ergotyny najbardziéj ciśnienie krwi obniżały, po których spostrzegałem najznaczniejsze kurczenie się naczyń. Gdy te same ergotyny zobojętnione węglanem sodowym stósowałem, następował taki sam skutek jak poprzednio. Widzimy więc, że i te fakty w wyżéj wypowiedzianém zdaniu o przyczynie skurczu na

czyń w przeźroczystych częściach żab utwierdzić nas tylko mogą.

Chcąc się przekonać, jaka jest przyczyna obniżenia się ciśnienia krwi, drażniłem rdzeń prądem indukcyjnym, podczas gdy ciśnienie po ergotynie było najmniejszém i odpowiednio do wielkiéj dawki zastósowanéj ergotyny mógłem się spodziewać, że obniżenie to potrwa dosyć długo. Podczas każdego podrażnienia rdzenia prądem indukcyjnym ciśnienie krwi podnosiło się po nad stan pierwotny. Ztąd mógłem z wszelką pewnością wnosić, że to obniżenie ciśnienia było następstwem zmniejszonéj pobudliwości ośrodka naczynioruchowego. Po innych zaś ergotynach ciśnienie krwi po wstrzyknięciu ergotyny obniżyło się przemijająco, poczém nastąpiło podniesienie się takowego po nad stan (pierwotny) prawidłowy; w kilku przypadkach nie spostrzegałem tego krótkotrwającego obniżenia, tylko bezpośrednio po wstrzyknięciu ergotyny nastąpiło znaczne zwiększenie się ciśnienia. W tych przypadkach różnie się tętno zachowywało; w większéj jednak ilości doświadczeń spostrzegałem zwiększenie się częstości takowego. Z wytworami temi zwiększającemi ciśnienie krwi przedsiębrałem drugi szereg doświadczeń na zwierzętach za pomocą wodnika chloralowego silnie narkotyzowanych. W tych przypadkach nie następowała po ergotynie zmiana w ciśnieniu. Również nie spostrzegałem takowéj, gdy doświadczenia moje przedsiębrałem na zwierzętach, którym poprzednio przeciąłem rdzeń przedłużony. Dowodzi to więc, że zwiększenie ciśnienia było następstwem podrażnienia ośrodka naczynioruchowego.—W trzech zaś przypadkach napotkałem na ergotynę Bonjeana taką, po któréj zastósowaniu nie spostrzegałem zmian w ciśnieniu krwi, tylko nieznaczną nieregularność tętna.

Badania z kwasami sklerotynowemi Dragendorffa i Podwysockiego od Mercka sprowadzonemi dawały zawsze jeden i ten sam rezultat. Po małych dawkach przemijające, po wielkich dłużéj trwające obniżenie się ciśnienia krwi ze zwolnieniem tętna. Przyczyną tego obniżenia było jak poprzednio przy podobnie działających ergotynach wykazałem, osłabienie ośrodka naczynioruchowego. Również i sklerotynijan sodowy podobnie działa.

Nie tak znaczne różnice w działaniu na krążenie spostrzegałem po ergotynie Wernicha *(ergotinum dialysatum)*. Ta ergotyna z różnych miejsc otrzymywana okazała mi się jako wytwór najbardziéj jednostajnie na krążenie działający. Najczęściéj otrzymywałem obniżenie ciśnienia ze zwolnieniem tętna a tylko w trzech doświadczeniach ergotyny (bardzo długo przechowywane) nie wywierały żadnego wpływu na krążenie. Zwiększającego się ciśnienia krwi nie spostrzegałem po ergotynach dyalizowanych. Sprzeczność w podaniu Köhlera, który po ergotynie Wiggersa nie spostrzegał zmian w krążeniu, a jednak tłumacząc przyczyny kurczenia się macicy po téj ergotynie występujące wspomina o niedokrewności w rdzeniu pacierzowym, skłoniła mnie do wykonania kilku doświadczeń z ergotynami Wiggersa [1]). Przekonałem się, że niektóre wcale na ciśnienie krwi nie wpływają, po niektórych zaś następowało zwiększone ciśnienie. (Dok. n.)

[1]) Zwracam uwagę na to, że ergotyna Wiggersa celem wstrzykiwania do żył rozpuszczoną była w węglanie sodowym. Nie zawsze jednak otrzymywałem roczyn czysty; musiałem takowy przesączać.

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

XXIII.

Obrażenia głowy; który z 3 urazów wywołał śmierć?

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

Ewa J., lat 60 licząca, uderzona d. 20 lutego przez zięcia swego garnkiem w głowę, umarła dnia następnego.

Sekcyja sądowa, wykonana przez Dra A. d. 27 lutego, wykazała co następuje:

Oględziny zewnętrzne: Zwłoki kobiety 50—60 lat liczącéj, wzrostu niskiego, budowy ciała dosyć silnéj, dobrze odżywiona. Brzuch miernie wzdęty, cały jednostajnie zielonkowato zabarwiony; na zewnętrznéj stronie uda prawego sinawa plamka wielkości centa, począwszy od karku cały grzbiet, okolica krzyżów, oba pośladki, tylne ściany ud i łydki pokryte bardzo rozległemi jednostajnie rozlanemi plamami pośmiertnemi. Wokolicy dolnych żeber piersiowych po stronie lewéj na grzbiecie znajdują się dwa powierzchowne obok siebie ułożone starcia przyskórka wielkości półcenta, które po przecięciu ukazują się zupełnie powierzchownemi. W okolicy stawu łokciowego lewego od zewnątrz znajduje się plamka pergaminowa, zabarwienia brunatnego, wielkości półcenta. Po przecięciu przedstawia się takowa jako powierzchowne starcie przyskórka za życia powstałe. Na głowie nad kością boczną lewą po bardzo dokładném rozpatrzeniu się widać nieznaczną obrzmiałość skóry i lekkie sinawo-wiśniowe zabarwienie téjże obrzmiałości. Na kości czołowéj w miejscu rozpoczynającego się porostu włosów znajduje się miażdżak wielkości bobu średniego.

Oględziny wewnętrzne. 1) Po przecięciu skóry na głowie widać na kości bocznéj lewéj wynaczynienie rozległości dłoni dziecka na obwodzie cieńsze, w samym środku nieco grubsze, odpowiednio temu wynaczynieniu jest i skóra warstwą krwi pokryta, oraz zgrubiała na przestrzeni mniéj więcéj 2 czterocentówek, od strony zaś włosów w témże miejscu zgrubiałém skóry znajduje się siniec rozlany wielkości czterocentówki. 2) Po otwarciu czaszki przedstawiają się kości jéj stosunkowo bardzo cienkie, mało zbite, nigdzie nie uszkodzone. 3) Na oponie twardéj odpowiednio wynaczynieniu krwi pod skórą się znajdującemu a względnie odpowiednio sińcowi na skórze opisanemu znajduję wynaczynienie krwi skrzepłéj czarnéj, rozległości blisko dłoni. Grubość w środku tego wynaczynienia wynosi przeszło 1cm. Pod błoną twardą, która jest prawidłowéj budowy, znajduję odpowiednio wynaczynieniu cienką warstwę krwi płynnéj na oponie miękkiéj. Powyżéj zaś nieco również odpowiednio owemu grubemu wynaczynieniu na błonie twardéj mózg na przestrzeni wielkiego talara zaklęknięty, względnie ugnieciony. Naczynia opony miękkiéj są liczne, rozgałęzione i znacznie nastrzykane, natomiast miąższ mózgu raczéj niedokrewny. W komórkach mózgowych brak wszelkiego płynu surowiczego. Móżdżek również niedokrewny. 4) Gruczoł tarczykowy miernie przerosły, błona śluzowa krtani i tchawicy miernie przekrwiona, jamy tychże próżne. 5) Płuca oba wolne, we wszystkich swoich częściach miernie przekrwione, wydzielają znaczną ilość płynu pienistego, nie przedstawiają zresztą żadnych innych zmian chorobowych. 6) W worku sercowym nie ma żadnego płynu surowiczego. 7) Serce, szczególnie prawa komórka dość znaczną warstwą tłuszczu pokryte, ściany komórki prawéj są miękkie, dosyć kruche; tak w komórkach jakoteż w przedsionkach nie ma płynu

ani skrzepów, zastawki prawidłowe. 8) Śledziona prawidłowéj wielkości, miąższ brunatny z łatwością rozgnieść się dający a nawet rozpływający się. 9) Wątroba prawidłowéj wielkości o brzegach cienkich zabarwienia bladego dosyć krucha, część zewnętrzna płatu prawego nieco obrzmiała. 10) Żołądek miernie wzdęty, zawiera około 150gram. płynu gęstego, lepkiego, szarawego, wśród którego pływają płateczki zabarwienia bielszego. Kiszki grube a szczególnie kątnica nieco wzdęta, zawiera ona prawidłowy kał, kiszki cienkie bardzo miernie wzdęte zawierają nieco kału w rozmaitych okresach rozwoju. 11) Nerki tak co do istoty korowéj jakotéż miąższu nieco przekrwione, torebki z łatwością dają się odłuszczyć. 12) Pęcherz moczowy bardzo nieznacznie wypełniony, macica i części rodne w stanie prawidłowym.

Orzeczenie: 1) Z oględzin wynika: że denatka umarła skutkiem znacznego wynaczynienia krwi pomiędzy czaszką a błoną twardą się znajdującego.

2) Że wynaczynienie to powstało najprawdopodobniéj w skutek uderzenia jakim przedmiotem dosyć twardym a tępym przez osobę drugą. Wykluczyć także nie można możebności, że wynaczynienie owo powstało skutkiem uderzenia denatki głową o ziemię przy sposobności upadnięcia, umiejscowienie atoli sińca prawie na szczycie głowy się znajdującego możebność tutaj opisaną znacznie osłabia.

3) Wynaczynienie tych rozmiarów, jakie sekcyja wykazała musiało było w krótkim czasie śmierć denatki spowodować, co téż rzeczywiście nastąpiło.

4) Podnieść muszę jeszcze tę ważną okoliczność, że niezwykła cienkość kości do tém łatwiejszego wynaczynienia krwi nawet przy słabszém stosunkowo uderzeniu w głowę bezsprzecznie przyczynić się musiało.

W śledztwie obwiniony tłumaczył się, że Ewa J. znajdowała się w karczmie, była pijaną, że naprzód przez męża swego pchniętą została w pierś, w skutek czego upadła; następnie dopiero obwiniony uderzył ją w głowę garnkiem, a wreszcie mąż znów ją popchnął, poczém ponownie upadła na ziemię, uderzyła się głową o stół i już więcéj nie wstała. Świadkowie zajścia podali, że obwiniony uderzył Ewę J. w głowę garnkiem glinianym, t. zw. babką, a uderzenie było tak silném, że garnek rozprysł się na kawałki; Ewa J. nie przewróciła się od tego uderzenia, lecz zawołała: „oj dałeś mi, dałeś“, i siadła na ławce; w pół godziny potém pchnął ją mąż, w skutek czego upadła.

Przy rozprawie przed Sądem zwykłym, odbytéj d. 28 maja, dwaj inni znawcy Drowie B. i C. orzekli co następuje:

Śmierć Ewy J. nastąpiła skutkiem ucisku mózgu przez bardzo znaczną wybroczynę do jamy czaszkowéj. Wybroczyna krwi nastąpiła skutkiem pęknięcia naczynia krwionośnego wewnątrz jamy czaszkowéj. Przyczyną tego pęknięcia było zadziałanie urazu na głowę w postaci ciała twardego tępego o powierzchni gładkiéj i szerszéj. Wynaczynienie pod skórą wielkości dłoni dziecka przemawia za tém, że gwałt był zadany ze znaczną siłą i zarazem, że ciało, które spowodowało to uszkodzenie, miało szerszą powierzchnią. Lokalizacyja wybroczyny na zewnątrz czaszki prawie na samym szczycie nie czyni prawdopodobném, aby to obrażenie ciała powstało skutkiem upadnięcia i uderzenia się o wiązanie stołu. Przytém przy upadnięciu na przedmiot twardy niepodatny wobec niezwykléj cienkości kości czaszkowych spodziewaćby się wypadało w tak późnym wieku, gdzie kruchość kości jest znaczna, raczéj pęknięcia kości czaszkowych, niż wybroczyny bez pęknięcia. Nadto przy tak znacznéj powierzchni wybroczyny krwi pod skórą musiałyby siniec zewnętrzny i wybroczyna mieć kształt podłużny, gdyby ta wybroczyna powstała skutkiem uderzenia o wiązanie stołu, bo wiązanie stołu musiałoby się zejść ze znaczniejszą częścią powierzchni, aby wywołać tak dużą wybroczynę, a wtedy kształt podłużny wiązania powinien się uwydatnić, pomimo tego, że małe wybroczyny na czaszce zazwyczaj mają okrągły kształt, bo z powodu wypukłości kości uraz tylko ma na małéj przestrzeni z tą się styka. Wytworzenie się wybroczyny bez złamania kości czaszki także przemawia za powstaniem jéj przez uderzenie garnkiem, bo w téj saméj chwili, kiedy się garnek roztłukł, ustało wszelkie parcie na czaszkę i skutkiem tego kości nie pękły, pomimo że chwilowy uraz skutkiem znacznego wstrząśnienia wystarczył do pęknięcia naczynia. Czas sam, w którym chora straciła przytomność po uderzeniu garnkiem, także więcéj przemawia za tém, że uderzenie garnkiem musiało być przyczyną, bo aby się wytworzyła tak znaczna wybroczyna pod skórą i wewnątrz czaszki, potrzeba pewnego czasu, tém więcéj, że protokół sekcyjny nie wspomina o pęknięciu żadnego grubego naczynia krwionośnego.

W skutek tego orzeczenia rozprawa została odroczoną a sprawa cała przekazaną Trybunałowi przysięgłych. Poprzednio atoli Prokuratoryja zażądała przesłuchania i wyjaśnienia obducenta, a następnie wniosła, aby akta przesłania Wydziałowi lek. z zapytaniem, czy śmierć Ewy J. nastąpiła wyłącznie skutkiem uderzenia jéj przez obwinionego zięcia, lub téż skutkiem łącznego działania wszystkich szkodliwości, lub wreszcie czy przyczyna może wykazać się nie daje.

Obducent Dr. A. na zapytanie odpowiedział obszernym wywodem, który w końcu streścił jak następuje:

1. Że siniec, obrzmienie skóry i odpowiadające temuż wynaczynienie podskórne i wybroczyna między kością czaszkową a błoną twardą na lewéj połowy głowy, prawie na samym szczycie głowy się znajdujące, powstało skutkiem uderzenia denatki garnkiem glinianym.

2. Że nie jest rzeczą stanowczą, czy wybroczyna, która skutkiem tego uderzenia garnkiem na oponie twardéj poczęła się wytwarzać, musiała była mieć wynik śmiertelny, gdyby Ewa J. była w téj chwili doznała takiéj opieki i spokoju, jaki w podobnych razach jest koniecznym, a nie była narażoną na dalsze urazy, jakiemi były pchnięcia denatki przez męża, upadnięcie na ziemię i uderzenie głową o ziemię lub téż o wiązanie stołowe.

3. Że to upadnięcie i uderzenie głową o ziemię lub o wiązanie na chorą już podówczas denatkę niekorzystnie zadziałało, przez co wybroczyna na błonie mózgowéj podówczas może jeszcze mniejsza do tych rozmiarów doszła, że chora już się nie podniosła a w kikanaście godzin życie zakończyła.

4. Że nadzwyczajna cienkość kości czaszkowych do tém łatwiejszego wytwarzania się wybroczyny na oponie twardéj nawet przy słabszym stosunkowo urazie przyczynić się musiała.

Orzeczenie Wydziału opiewało:

Przyczyna śmierci Ewy J. jest całkiem jasną: umarła ona z porażenia mózgu w skutek krwotoku z jednéj z gałęzi tętnicy oponowéj środkowéj, a krwotok ten wywołany został przez uraz mechaniczny, jak tego dowodzi wynaczynionka podskórna na ciemieniu, odpowiadająca w zupełności wybroczynie śródczaszkowéj.

Z zeznań świadków wynika, że Ewa J. będąc pijaną

w przeciągu względnie krótszego czasu (pół godziny) trzykrotnie uderzoną została: najprzód popchniętą przez męża, przyczém upadła, ale wstała sama i na nic nie uskarżała się; potém uderzona przez zięcia za pomocą garnka glinianego, który się rozprysł na kawałki, a wtedy Ewa J potoczyła się tylko i usiadła na ławce, a wreszcie znów przez męża, przyczém upadła, miała uderzyć się o podłogę czy krawędź stołu, i już więcéj nie wstała.

Otóż zestawiając opis sekcyi z tém zeznaniem świadków, a uwzględniając stosunki, wśród których wynika ucisk mózgowy w następstwie pęknięcia jednéj z gałęzi tętnicy oponowéj, można twierdzić stanowczo, że obrażenie śmiertelne Ewy J. nie było następstwem ostatecznego uderzenia się denatki o podłogę lub stół, a to dla tego, że objawy ucisku mózgowego wystąpiły bezpośrednio po tém upadnięciu, podczas gdy do wystąpienia objawów ucisku w skutek pęknięcia tętnicy oponowéj potrzeba pewnego czasu.

Natomiast niemożebną jest rzeczą orzec stanowczo, który z dwóch pierwszych urazów wywołał krwotok śródczaszkowy, albowiem jeżeli jest rzeczą prawdopodobniejszą, że wywołał go uraz drugi, to jest uderzenie za pomocą garnka glinianego, to jednak żadną miarą nie można wykluczyć możności, że krwotok powstał i w skutek pierwszego urazu, to jest w skutek upadnięcia i uderzenia się w głowę a możności téj wykluczyć nie można z powodu, że denatka była osobą nie młodą, a nadto znajdowała się w stanie upojenia, a wśród tych warunków upadnięcie i uderzenie się w głowę o przedmiot twardy całkiem wystarczają do wywołania krwotoku mózgowego. Przeciw temu przypuszczeniu nie przemawia ani kształt sińca niewyraźnego na głowie, ani okoliczność, że Ewa J. wstawszy na nic się nie uskarżała i do dalszych kłótni była pochopną, albowiem to właśnie cechuje obrażenie tętnicy oponowéj, że bezpośrednio po niém obrażony nie doznaje żadnych dolegliwości. Z drugiéj strony i silniejsze zapewne uderzenie za pomocą garnka i odezwanie się obrażonéj „dałeś mi, dałeś“ nie dowodzą jeszcze, że obrażenie śmiertelne właśnie wtedy nastąpiło.

Nie podpada atoli wątpliwości, że czy obrażenie śmiertelne było wynikiem urazu pierwszego czy drugiego, w każdym razie uraz drugi i trzeci, a względnie trzeci przyczynić się musiały w wysokim stopniu do tém prędszego i obfitszego wystąpienia krwi z tętnicy przerwanéj i dla tego to w myśl zapytania świetnéj Prokuratoryi Wydział lekarski orzeka, że śmierć Ewy J. była następstwem łącznego działania dwóch szkodliwości, t. j. uderzenia się w skutek upadnięcia i uderzenia jéj w głowę garnkiem.

Jak w poprzednim, tak i w tym przypadku, przyczyna śmierci była jasna, a nie ulegało również wątpliwości, że śmierć nastąpiła w skutek urazu. Rozchodziło się atoli o to, który z trzech urazów stał się przyczyną śmierci. Podczas gdy obducent nie wykluczył całkiem możności, że uraz trzeci stał się przyczyną udaru oponowego, znawcy do rozprawy wezwani dowodzili, że tylko uraz drugi wywołał ową ciężką, śmiertelną zmianę. Podczas gdy więc według orzeczenia pierwszego Sąd musiał pociągnąć do odpowiedzialności tak zięcia jako i męża denatki, według orzeczenia drugiego musiał się uznać za niekompetentny do sądzenia sprawy, bo według tego orzeczenia winnym śmierci Ewy J. był tylko zięć, który uderzył ją w głowę garnkiem, a więc dopuścił się co najmniéj zabójstwa, podpadającego pod osądzenie przez trybunał przysięgłych. Jeżeli jednak nie podobna zgodzić się na orzeczenie obducenta co do przypuszczenia, że udar mózgowy mógł powstać i w skutek urazu trzeciego, a zgodzić się nie można, z powodu, że po tym ostatnim urazie Ewa J. już nie wstała i przytomność straciła, podczas gdy wiadomo, że uszkodzenie jednéj z gałęzi tętnicy oponowéj środkowéj nie wywołuje natychmiastowych następstw, — trudno także pisać się bezwzględnie na zdanie znawców przy rozprawie obecnych, ponieważ zdanie to było zanadto śmiałém i stanowczém, bo opartém na dowodzeniu teoretyczném o stosunku postaci i umiejscowienia wybroczyn do postaci ciała uraz wywołującego, co w praktyce częstokroć nie sprawdza się; zresztą spuścili z uwagi, że ciałem tępém o powierzchni gładkiéj i szerszéj prędzéj mogła być podloga aniżeli garnek. W ogóle tak znawca pierwszy jak i drudzy wcale nie uwzględnili urazu pierwszego, to jest upadnięcia Ewy J. na podłogę w skutek pchnięcia doznanego od męża. Jeżeli zaś przypomnimy, że całe zajście trwało pół a najwięcéj godzinę, to wcale możność wykluczyć się nie daje, że kobieta wiekowa i pijana już skutkiem pierwszego upadnięcia mogła ponieść obrażenie jednéj z gałązek tętnicy oponowéj, a $\frac{1}{2}$—1 godziny jeszcze być przytomną; w takim razie atoli rzeczą jest jasną, że uderzenie garnkiem i ponowne upadnięcie musiały przyczynić się w wysokim stopniu do tém prędszego powstania wybroczyny znaczniejszéj. Przyzna każdy, że przypadek co najmniéj był wątpliwy, a w takich sprawiedliwość wymaga orzeczenia nader oględnego; takiém było orzeczenie Wydziału, które sprawę sprowadziło znów na tory, na których znajdowała się poprzednio w skutek orzeczenia obducenta, z tą tylko różnicą, że Wydział przypuścił wspólne działanie urazu 1go i 2go, podczas gdy obducent przypuścił był działanie urazu 2go i 3go. Rozróżnienie to może wydawać się na pierwszy rzut pedantyczném; w danym przypadku było ono istotnie mniejszéj wagi praktycznéj, skoro sprawcą 1go i 3go urazu był jeden i ten sam człowiek, tj. mąż zmarłéj. Ale rozróżnienie to mogłoby mieć bardzo doniosłe znaczenie, gdyby urazu 1go dopuściła się osoba X, urazu 3go zaś Y.; w takim razie według orzeczenia obducenta obok zięcia pociągniętą zostałaby do odpowiedzialności osoba Y., według orzeczenia Wydziału osoba X, co już nie jest rzeczą obojętną. A ponieważ lekarz nigdy z góry wiedzieć nie może, jaki będzie wynik śledztwa, więc ważenie każdego słowa jest ze względów sprawiedliwości nadzwyczaj wskazaném i konieczném.

III. Dwa przypadki febry siennéj u nas spostrzegane [1].

Podał Dr. K. Koehler z Poznania.

Obserwacyje szczegółowe nad febrą sienną, nieżytem latowym także zwaną, zawdzięczamy Anglikom; oni bowiem największą mają skłonność do podlegania téj niemocy, tak w Anglii, jak i w kolonijach a głównie w Ameryce. Morell Mackenzie (*Die Krankheiten des Halses und Nase.* Berlin 1884, tłumaczenie Semona), który dość obszerny ustęp w swém dziele téj chorobie poświęca, podaje, że w Nowym Jorku Jacobi lekarz niemiecki a Cheveau francuski nigdy téj choroby u swych rodaków nie spostrzegali. Że jednak murzyni także febry siennéj choć może rzadziéj nabawić się mogą, potwierdza Wyman a i świeżo John Mackenzie (Ref. w *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde* itd. Luty 1885), który na tę chorobę leczył w Baltimore murzyna. W krajach północnych także

[1]) Odczyt w Sekcyi lek. Tow. Przyj. Nauk Pozn. 9 października 1885.

choroba jest rzadką, tymczasem tłumacz dzieła Morella Mackenziego w przypisku (str. 410) podaje, że widział przypadek u Szweda 23-letniego. Z Niemiec wiemy tylko, że znany fizyjolog Helmholtz długie lata cierpiał na tę chorobę, o czém Binz w Archiwie Virchowa (z lutego r. 1869) wspomina. Semon także podaje, że leczył dwóch Niemców. W ostatnim dopiero roku Hack z Fryburga donosi o przypadkach liczniejszych, głównie z Badenu pochodzących (*Ueber eine operative Radicalbehandlung bestimmter Formen von Migraene, Asthma* itd. Wiesbaden 1884, str. 26 i seq.) podając skuteczną zarazem terapiję, o czém późniéj. U nas dotąd nikt przypadku nie ogłosił; zapewne jak w innych krajach, tak i u nas nie zwrócono na tę chorobę uwagi. Wątpić nie można, że choroba ta nie zdarza się u nas często, że mamy przeciw niéj większą odporność, ale i to pewna, że w czasie około Zielonych Świątek liczne przypadki mocnych bardzo nieżytów nosa spotykamy. W minioném lecie widziałem dwa przypadki febry siennéj z wszelkiemi objawami charakterystycznemi.

B. B. z pod Nakła, właściciel wiejski, przybył do mnie 9 czerwca ze skargą, że już od wielu lat w czasie „kiedy żyto kwitnie“, dostaje mocnego kataru i braku tchu a stan ten trwa zwykle prawie 6 tygodni. Prosił o natychmiastową o ile można pomoc, bo jadąc do Berlina jest przekonany, że w drodze znów napadu dostanie. Sam instynktowo w podróżach zawsze siada przy zamkniętém oknie. Kiedy napad się ma rozpoczynać uczuwa wielkie świerzbienie i palenie w nosie i oczach, poczém wśród mocnego kichania wypływa nieustannie śluz z nosa, śród uczucia zupełnego zatkania nosa. Nos nabrzmiewa cały, również i powieki, poczém przychodzi brak tchu, który mu sen pierwszych nocy prawie czyni niemożebnym. Zwolna siła pojedynczych objawów ustaje, nie może jednak wyjeżdżać w pole, ani téż oddawać się ulubionemu polowaniu, bo natychmiast stan się pogarsza i następują nowe a silne napady. Badanie nosa wykazało katar przerostowy a równocześnie wzmożenie ciał wyprężających się muszli dolnéj lewéj. Ponieważ chory tego wieczora jeszcze wyjeżdżał do Berlina, wypaliłem tylko muszlę lewą galwanokauterem i zaleciłem małe tampony w nos z suchéj waty. Wracając chory wstąpił do mnie, czując się zupełnie dobrze, co należy przypisywać przedewszystkiém temu, że przez cały czas miał w nosie watę. Tym razem zastałem lewą dolną muszlę zmniejszoną, natomiast prawą powiększoną tak dalece, że prawie sięgała do przegrody nosowéj. Przyżegnąłem obie muszle i zaleciłem irygowanie nosa przy równoczesném używaniu proszku z kamienia piekielnego celem usunięcia nieżytu przerostowego. Chory napadu już nie dostał, choć w polu i na łąkach przebywał.

Drugi przypadek tyczy się chłopca 14-letniego S. L. z pod Wągrówca, który przybył do mnie 22 czerwca. Ojciec jego podaje, że nikt z rodziny na duszność nie chorował, że zaś chłopiec jego miewa od kilku lat napady bezdechu, które zawsze w czerwcu się pojawiają trwając zwykle tylko 5 minut. Chłopiec na wiek swój cieleśnie słabo wykształcony, blady i bardzo lękliwy, w naukach dobre robi postępy. Przez cały czerwiec miewa stale katar nosowy, przyczém usta ma otwarte, w nocy mocno chrapi. Sam podaje, że ma uczucie zatkania nosa. Napady duszności, które choć krótko trwają, przychodzą czasem 2—3 razy dziennie a w nocy ich wcale nie miewa. Zresztą przez cały rok jest wolny od tych objawów. W nosie spostrzedz można lekkie zwątlenie i przerost błony śluzowéj, obie zaś muszle dolne przedstawiają się powiększone. Nie mogąc na razie dla lękliwości chłopca zniszczyć gruntownie ciałek wyprężających się, przyżegałem je w czterech posiedzeniach, po pierwszém jednak przypalaniu już wolny był oddech przez nos i napady zwykłe nie powróciły, mimo że chłopiec na wieś pojechał.

Charakterystyczne objawy nie pozwalają powątpiewać o rozpoznaniu. Choroba, jak już dziś wiemy, powstaje w skutek pyłu kwiacianego, a czas, w którym obaj chorzy téj niemocy podlegali, przypada wtedy, gdy u nas zboża kwitną. To téż jest to i czas, w którym łąki u nas w pełnym są rozkwicie, bo jak stwierdzono i pył kwiatów łąk chorobę tę sprowadza. W przypadku pierwszym przypuścić téż można, że objawy febry siennéj powstawały z téj szkodliwości, gdy chory z wszelką podawał pewnością, że i od polowania na kaczki choroba ta go wstrzymuje. Że pyłek traw chorobę tę wywołuje, udowodnił licznemi doświadczeniami Blackley (*Hay fever*. London 2 wyd. 1880), przed nim przypuszczano rozmaite powody, których już dziś jako do historyi należących nie powtarzam.

Ponieważ jednak wszyscy jesteśmy na dostanie się tego pyłku do nosa narażeni, to téż słuszna uwaga, czemu choroba ta nie nawiedza większéj liczby ludzi. Jak jednak nieżyt nie powstaje u wszystkich, którzy narażeni są na zbliżanie organu powonienia do wymiotnicy i widłaku, jak wielu młynarzy bezkarnie pyłek mąki w nos wciąga, a tylko wyjątkowo nieżytu się nabawia, jak daléj zapach brzoskwiń i róż tylko dla nielicznych osób jest szkodliwym, a wszystkim jest miłym, tak téż i dla działania pyłku z kwiatu traw pewną idyjosynkrazyję przypuścić musimy. Hack (w wyżéj wspomnianém dziełku) pierwszy zwrócił uwagę, że wszyscy, którzy podlegają febrze siennéj, cierpią najprzód na nieżyt przerostowy nosa, na powiększenie się muszli dolnych. Z Morellem Mackenziem, który najwięcéj przypadków obserwował, musimy jednak dodać, że i ustrój tak zwany nerwowy wielce się przyczynia. W obu naszych przypadkach a wybitniéj w drugim, usposobienie to istnieje. W epikrytycznych naszych wnioskach, jakkolwiek tylko na dwóch przypadkach opartych, dodać możemy, że oba potwierdzają zdanie, iż choroba ta nawiedza osoby lepszego wychowania i dobrego bytu, że mężczyźni łatwiéj jéj podlegają. Natomiast obaj chorzy pochodzą ze wsi a dziedziczność nie da się wykazać.

Żadne sposoby leczenia nie dawały dotąd pożądanych rezultatów; Hack udowodniwszy, że nieżyt przerostowy z muszlami powiększonemi daje niejako dobrą glebę do przylegania pyłku, zalecił leczenie nieżytu. Zniszczenie powiększonych muszli galwanokaustyką pierwszém naturalnie jest wskazaniem, bo one przez odruch wywołują wszystkie objawy, potém trzeba leczyć nieżyt przerostowy. Aby ochronić chorego od wnikania pyłku w nos, zaleca się wkładanie w nozdrza kawałka odtłuszczonéj waty, a noszenie okularów ochronnych. Polecano dawniéj takim chorym wyjazd na morze, pokazało się jednak, że w zwiniętych żaglach pyłki się zachowywały, a po ich rozwinięciu pyłek ulatniający się wywoływał nowe napady. W ubiorze, a nawet i na pokładzie statku, pyłek zachować się może, a przy wzmożeniu się wiatru unosi się w powietrzu. Mackenzie przypomina daléj, że pył kwiatów daleko po ziemi i po nad wodami rozwiać się może, tak że we większéj ilości robi wrażenie, jakoby siarka była rozrzuconą.

Morell Mackenzie w ostatnich tygodniach (Ref. w *Annales des maladies de l'oreille etc.* September 1885, p. 299) poleca kokain, którym wnętrze nosa nacierać każe. Nie zgadza się

wprawdzie z wywodami Hacka i Dalyego, że katar przerostowy i muszle powiększone do napadów febry siennéj usposabiają, polecając jednak kokain a wywołując nim niedokrewność, czyni poniekąd to samo, czego dokonywa galwanokaustyka.

IV. Przyczynek do kazuistyki wycinania wrzodu stwardniałego.

Podał Dr. A. Zarewicz,
prymaryjusz oddziału chorób wenerycznych i skórnych,
docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

11. B. S., lat 21 liczący, subjekt handlowy. Przed 12ma dniami chory zauważył zaraz po spółkowaniu nieznaczną rankę, która coraz bardziéj się powiększając zaniepokoiła chorego, co go skłoniło do szukania pomocy lekarskiéj. W dniu 17 lipca 1884 badając chorego znalazłem u niego rozpoczynający się w postaci ekskoryjacyi wrzód stwardniały na zewnętrznéj blaszce napletka ułożony, do wielkości grochu dochodzący, o płytkiéj stwardniałości; skóra otaczająca wrzód stwardniały była nieco zaczerwienioną. Gruczoł pachwinowy lewy był nieznacznie powiększony, twardy i niebolesny. Odżywienie pacyjenta było bardzo dobre.

Tegoż samego dnia wyciąłem wrzód stwardniały; czwartego dnia po odjęciu szwów przekonano się, iż rana zagoiła się w całości przez rychłozrost.

W przypadku tym po zagojeniu się rany odstąpiłem od leczenia wyczekującego i poleciłem w d. 23/7 używanie w małych dawkach rtęci wewnętrznie w postaci garbnikanu rtęciawego (*Hydrargyr. tannicum oxydul.*) w ilości 0·12 dziennie. Leczenie ogólne w tym przypadku zastósowałem jedynie w tym celu, aby się przekonać, o ile obok wycięcia wrzodu rtęć podawana wewnętrznie wpłynie na zmiany następowe.

Stan niezmiennie dobry utrzymywał się do dnia 29 sierpnia; w dniu tym spostrzegłem na boku klatki piersiowéj po stronie lewéj kilkanaście plam syfilitycznych w gromadzie ułożonych. Gruczoł barkowy lewy był miernie powiększonym, gruczoł pachwinowy lewy utrzymywał się w jednakowéj mierze. Na błonach śluzowych nie było żadnych zmian. Dawkę garbnikanu rtęciawego podwyższono do 0·20 dziennie. Plamy ustąpiły w zupełności przy końcu miesiąca września; gruczoł pachwinowy lewy ustąpił całkowicie, a barkowy lewy utrzymywał się jeszcze słabo powiększonym. Mimo ustąpienia zmian na skórze, chory używał rtęci w powyższéj dawce aż do dnia 15 stycznia 1885.

W dniu 8 lutego 1885 powstały dwie małe powierzchowne kłykciny sączące, z których jedna znachodziła się na wardze ust górnéj a druga na wardze dolnéj, toż samo napotkałem po jednéj kłykcinie sączącéj na brzegu języka po stronie prawéj i w środku samym na jego powierzchni. Gruczoł podszczękowy lewy był lekko powiększonym, a barkowy lewy utrzymywał się niezmiennie.

Choremu zalecono wewnętrznie jodek potasu obok leczenia miejscowego. Zmiany te pod wpływem leczenia w krótkim czasie ustąpiły; jodku potasu używał chory jeszcze do miesiąca czerwca rb.

Obecnie znachodzi się chory jeszcze pod moim nadzorem, a od czasu ostatniego nawrotu kiły (8/2) żadnych świeżych zmian nie było u niego.

Wrzód wycięto dwunastego dnia, rana zagoiła się w całości przez rychłozrost, gruczoł pachwinowy lewy po wycięciu nie powiększył się więcéj. Zmiany następowe, które ograniczyły się tylko do jednéj strony klatki piersiowéj jako plamy syfilityczne, wystąpiły na dniu 55.

Z gruczołów był tylko miernie powiększonym gruczoł barkowy lewy a w czasie recydywy w jamie ustnéj powiększył się także nieco gruczoł podszczękowy lewy.

Recydywa wystąpiła w postaci powierzchownych i nielicznych kłykcin sączących w jamie ustnéj.

Przypadek powyższy zatém wyróżnia się od innych niezwykłą skromnością w wystąpieniu zmian następowych i nadzwyczaj jak dotychczas łagodnym przebiegiem. Łagodność jednak zmian następowych jak i przebiegu należy także i to może w przeważnéj części przypisać rychło rozpoczętemu leczeniu rtęcią.

12. M. S., lat 35 liczący, inżynijer. Pacyjent z chorób wenerycznych przebył tylko szankier (miękki) a od roku cierpi na przewlekłą rzeżączkę cewki moczowéj. Po raz ostatni spółkował przed sześcioma tygodniami; na cierpienie obecne zwrócił pacyjent uwagę swoją przed czteroma dniami, z powodu bólu, jaki mu sprawił mocz dostający się w czasie urynowania pod napletek. Tego samego dnia po nużącém chodzeniu uczuł ból w pachwinie lewéj, który pochodził od obrzękłego gruczołu.

Badając chorego w dniu 20 grudnia 1884 znalazłem na wewnętrznéj powierzchni napletka więcéj nieco ku stronie prawéj rozpoczynający się w postaci ekskoryjacyi wrzód stwardniały; skóra otaczająca wrzód była lekko zaczerwienioną, stwardniałość podstawy nieznaczna. W pachwinie lewéj znajdowały się dwa powiększone gruczoły, które przy mocnym ucisku były lekko bolesne; wewnętrzny większy dochodził do wielkości orzecha laskowego, drugi zaś więcéj na zewnątrz tuż obok niego położony był o połowę mniejszym. Obok wrzodu stwardniałego była rzeżączka przewlekła z miernym ropiastym wypływem. Odżywienie pacyjenta bardzo dobre.

W dniu 21 grudnia rano wycięto wrzód stwardniały. Pierwszy raz zmieniono opatrunek w 48 godzin po wycięciu: rana nieokazywała żadnego obrzmienia, jedynie w okolicy wędzidełka istniał nieznaczny przeświecający obrzęk skóry. Rana, jak się w dalszym ciągu okazało, a mianowicie po odjęciu szwów w dniu 25 grudnia zagoiła się w części przez rychłozrost, w części zaś goiła się przez ropienie, obrzęku koło rany niebyło, jedynie około wędzidełka utrzymywał się jeszcze mierny obrzęk,

Do dnia 8 stycznia 1885 rana była zupełnie zagojoną, w dniu tym jednak skutkiem forsownego chodzenia w dniu poprzedzającym powiększyły się gruczoły pachwinowe lewe i stały się nieco bolesnemi. Polecono pędzelkowanie gruczołów nastojem jodowym i spokój. Skutkiem leczenia gruczoły się zmniejszyły, a bolesność ustąpiła.

W dniu 24 stycznia blizna po wyciętym wrzodzie stwardniałym na ograniczonéj przestrzeni okazywała kulisty naciek, przy ucisku nieco bolesny, ze skórą miernie zaczerwienioną; równocześnie zauważano kilka płaskich guzków w przegubie łokciowym prawym i tyleż na tułowiu. W ośm dni późniéj do wyżéj wymienionych guzków przystąpiła dość obfita wysypka plamista na tułowiu i odnogach górnych; chory czuł się osłabionym, doznawał bolu w krzyżach i uskarżał się na brak apetytu. W jamie ustnéj nie było zmian. Wzdłuż blizny znajdowała się nieznaczna stwardniałość a w pośrodku niéj wyżéj opisany kulisty naciek; od nacieku tego odchodziło wzdłuż grzbietu prącia dobrze wyczuwalne twarde obrzękłe naczynie limfatyczne. Gruczoły barkowe były nieco powiększone, pachwinowe lewe zmniejszyły się. Zalecono tymczasem na stwardniałość w bliźnie przylepiec rtęciowy. Gdy do 15 lutego żadnych zmian więcéj nie przybyło, rozpoczęto leczenie za pomocą garbnikanu rtęciawego

w dawce 0·18 dziennie, obok dalszego leczenia miejscowego stwardniałości na prąciu.

Z powodu naglących spraw pacyjent wkrótce po rozpoczętém leczeniu wyjechał z Krakowa, pilnie jednak kontynuował polecone sobie leczenie, a lekarz, w którego opiece przez ten czas pozostawał, niezauważył żadnych świeżo występujących zmian.

Badając pacyjenta za powrotem jego w dniu 1ym kwietnia znalazłem: gruczoły karkowe niepowiększone, barkowe były wymacalne, pachwinowe lewe miernie powiększone (znacznie się zmniejszyły). Na powierzchni języka w pobliżu brodawek pieńkowatych *(papillae vallatae)* było kilka plam syfilitycznych, na łuku językowym prawym powierzchowna kłykcina sącząca a nierównie mniejsza na lewym. Zmiany na skórze zupełnie ustąpiły. W miejscu wyciętego wrzodu linijna blizna lekko naciekła, barwy sino czerwonéj. Choremu polecono używać daléj wyżéj wspomniany przetwór rtęci w ilości 0·20 dziennie, któréj pacyjent do dnia 1 kwietnia bez przerwy używał, obok miejscowego leczenia zmian w jamie ustnéj, które jednak z powodu wielkiéj wrażliwości chorego było bardzo utrudnioném.

W dniu 7 maja, podczas gdy dawne zmiany w jamie ustnéj ustąpiły, pojawiły się ponownie dwie małe kłykciny sączące po obu stronach języczka ułożone. Gruczoł szyjny prawy na przodowym brzegu mięśnia schylacza głowy był miernie powiększonym, pachwinowe lewe były bardzo nieznaczne a inne gruczoły nie były powiększone; zresztą nie było żadnych zmian. Zastosowano ponownie leczenie miejscowe obok dalszego używania garbnikanu rtęciawego w dawce wyżéj wymienionéj. Zmiany w jamie ustnéj wkrótce ustąpiły.

W miesiącu lipcu rb. pojawiła się nieznaczna kłykcina sącząca na końcu języka, która w kilku dniach ustąpiła. Od tego czasu nie było powrotów choroby, a obecny stan pacyjenta w d. 17 września 1885 był następujący: Gruczoły karkowe i barkowe nie były powiększone, gruczoł szyjny lewy nieco był większym niż odpowiedni gruczoł po stronie prawéj, gruczoły pachwinowe prawe nie były zajęte, pachwinowe lewe ledwo wymacać się dawały. Na błonie śluzowéj jamy ustnéj i na skórze nie było żadnych zmian. Odżywienie pacyjenta i stan ogólny był bardzo dobrym. Ponieważ chory od połowy lutego aż do tych czas używał, z wyjątkiem wskazanych przerw, wewnętrznie garbnikanu rtęciawego, polecono leczenia zaniechać, mimo to jednak chory pozostaje nadal w mojéj obserwacyi.

W przypadku tym wycięto wrzód szóstego dnia po jego pojawieniu się. Rana w części przez rychłozrost a w części przez ropienie zagoiła się w dniach ośmnastu, w bliźnie wytworzyła się ponownie stwardniałość, a niezawiśle od niéj, bo na kilkanaście dni przedtém, gruczoły pachwinowe powiększyły się, do czego przyczynić się także musiało utrudzające chodzenie. Zmiany ogólne wystąpiły na skórze dnia 40, od pojawienia się wrzodu licząc i były średnio łagodne. W czasie leczenia pojawiły się trzy nawroty jako powierzchowne kłykciny sączące, z których każda następna była od poprzedzającéj łagodniejszą. Narząd gruczołowy niewiele ucierpiał, albowiem prócz gruczołów pachwinowych zajęte były nieznacznie gruczoły barkowe, a w czasie drugiego nawrotu choroby powiększył się także gruczoł szyjny lewy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z drugiéj seryi posiedzeń w sprawie cholery odbytych w Państwowym Urzędzie Zdrowia w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Czwarte posiedzenie rozpoczęło się od przemówienia Kocha, w którém tenże zaznacza, iż z góry oznaczyć nie można, jak wielkim jest wpływ ochronny i że badać go należy w każdym szczegółowym przypadku z osobna. W pewnych okolicznościach wpływ ten może być wielkim, zresztą nie można zapominać, że stosunkowo znaczna ilość ludzi nie posiada w ogóle usposobienia do cholery. Jeżeli więc mamy 1000 ludzi, z których połowa nie posiada usposobienia do cholery a druga nabyła ochrony, to choroba nie posiada materyjału odpowiedniego i epidemija musi zniknąć.— Według spostrzeżeń w innych chorobach zakaźnych nie potrzeba celem nabycia ochrony przebyć choroby w najcięższéj postaci, ale ochrony użyczą już lekkiego zapadnięcia, ztąd wnosi Koch, że przebycie lekkiego napadu cholery a nawet choleryny w czasach cholery bardzo częstéj jest w stanie użyczyć ochrony. W takich stosunkach nabytéj ochronie przypisywać wypada nader stanowczy wpływ, atoli tylko w miejscach, w których cholera panowała, Koch więc nie może pojąć, iż Pettenkofer zarzuca zapatrywaniom o ochronie, jako nie tłumaczą miejscowéj ochrony w Lyonie.

Tak ochrona ta jak i wiele innych zjawisk, np. rozdzielenie ostatniéj epidemii w Monachijum na letnią i zimową, pozostaje niewyjaśnioną. Nie wyjaśnia tego rozdziału równie jak zachowania się pojedynczych dzielnic w Monachijum stan wody gruntowéj. Teoryi o wpływie wody gruntowéj sprzeciwia się téż przebieg cholery w Holandyi. Jednostronne ocenianie stosunków cholerycznych napotyka zawsze na niedające się rozwiązać sprzeczności, do takich należy ochrona Lyonu i niektórych miejscowości w Indyjach.

Stosunki te rozbiera Koch obszernie i dochodzi do wniosku, że rzecz stanowczo rozstrzygnąć się nie daje.

Po Kochu zabiera głos Hirsch kreśląc pokrótce stosunki co do zapadania i śmiertelności z cholery pomiędzy wojskami angielskiemi i krajowemi w Indyjach. Zapada pośród nich $2\frac{1}{2}$ raza więcéj Europejczyków niż Indyjan, gdy śmiertelność w stosunku do zapadających jest prawie jednaka. Krajowcy zatém zdają się posiadać pewną ochronę.

W drugiém przemówieniu swém Koch odwołuje się do Macnamary, który jest przeciwnego niż Cuningham zdania, a następnie kreśli pierwotny rozwój cholery. Badając literaturę doszedł do przekonania, iż przed 1817 r. długi czas w Bengalu a w szczególności w Kalkucie nie było cholery. Być może że cholera w tym roku po raz pierwszy w ogóle tam się dostała a podania co do ważniejszych epidemij są bardzo niepewne i odnosić się mogą tak dobrze do innych chorób jak do cholery.

Już przed 1817 r. mówiono w Kalkucie o cholerze, ale dotyczyło to sporadycznéj cholery lub cholera *nostras* albo wzmiankowanych cholerycznych przypadków złośliwéj febry. Z badań odnośnych wynika, iż przed 1817 r. prawdziwa cholera w żadnéj części Indyj nie grasowała endemicznie. Nastało to dopiero w bieżącém stuleciu a mianowicie w 3ch wielkich centrach komunikacyjnych Kalkucie, Bombayu i Madrasie. Najnowszy okres czasu pouczył nas o jeszcze ważniejszym fakcie a mianowicie, że w Madrasie przez sanitarne poprawy powiodło się cholerę czasowo całkiem wyprzeć i pozbawić ją cechy endemicznéj.—I w Bombaju liczba przypadków wielce się zmniejsza a ostatecznie i w Kalkucie staraniom rządu miejscowego udało się cholerę przynajmniéj w środku miasta znacznie zmniejszyć.

Fakty te uczą niewątpliwie, że nie jesteśmy w obec cholery bezsilnymi, udało się nam bowiem Madras i Bombay przynajmniéj czasowo a port William w obrębie Kalkuty

nawet stale uwolnić od cholery, można więc mieć nadzieję, że uda się uwolnić całe Indyje od cholery, jak to miało miejsce przed 1817 r. Wielkie znaczenie miałoby uwolnienie od cholery Bombaju, bo miasto to stanowi ognisko, z którego cholera się rozchodzi, gdyż z jego portu odbywa się główna komunikacyja okrętami między Europą a Indyjami; gdyby więc powiodło się Bombaj stale od cholery uwolnić, mogłyby odpaść wszelkie zarządzenia, jakie jeszcze za nieodzowne co do komunikacyi morskiéj poczytujemy.

Co do epidemii cholery na okrętach, zwraca uwagę Koch, iż nie idzie o to, jaki stosunek załogi okrętów zapada na cholerę, ale o to, jakie niebezpieczeństwo zagraża krajom wolnym od cholery przez okręty pochodzące z okolic cholerą dotkniętych. W dalszym ciągu swego przemówienia przechodzi Koch do omówienia wpływu powietrza, gruntu i wody na cholerę. Co do powietrza, to Koch nie widzi powodu odstępowania od swych dawniejszych zapatrywań, według których tylko o tyle można powietrzu wpływ przypisywać, o ile ono w skutek większéj lub mniejszéj wilgotności przyczyniać się może do zachowania lub rychlejszego obumierania prątków cholerycznych.

Co do wpływu gruntu to wiadomo, że geologiczne stosunki podziemia nie mają wybitnego wpływu na cholerę ale jedynie fizyczne stosunki, co do których wykazał Pettenkofer iż mają co do zachowania się cholery istotne znaczenie. Koch temu nie przeczy i jest przekonanym, iż grunt znaczny ma wpływ na cholerę ale nie w tak wyłączny sposób, jak twierdzi Pettenkofer, bo napotykamy wiele wyjątków od reguł podanych pod względem stosunku gruntu do cholery. W têm miejscu omawia Koch obszerniéj stosunki gruntu w Lyonie, Bombayu, Genui, Malcie, Neapolu, stanowcze wyjątki od ogólnéj zasady zależności cholery od dziurkowatego i niedziurkowatego gruntu. Z kolei zwraca się do omówienia stosunku wody gruntowéj do cholery. Według podań Pettenkofera wahania wody gruntowéj stanowić mogą wskazówkę spodziewanego przebiegu epidemii cholery w jakiejś miejscowości. Gdy podnosi się woda gruntowa, ma się usposobienie do cholery zmniejszać a zmniejszać skoro woda gruntowa opada. W Niemczech opadanie wody gruntowéj miewa dość regularne miejsce w końcu lata i w jesieni a w tych czasach téż przypada zwykle grasowanie cholery. W ogólności więc powiedzieć można, iż opadanie wody zaskórnéj schodzi się z wzrastaniem cholery. Przy dokładniejszém atoli zbadaniu tych stosunków trudno się dopatrzeć wzajemnego stosunku między krzywemi przedstawiającemi ruchy wody gruntowéj i stan cholery w odpowiednim czasie. Koch przytacza pod tym względem zboczenia z Monachijum i z Indyj, również w czasie ostatniéj epidemii cholery w Egipcie nie było związku między przybywaniem wody w Nilu a szerzeniem się cholery w myśl zapatrywań Pettenkofera. Nakoniec i w Paryżu nie można związku tego wykazać.

Wszystkie te spostrzeżenia wskazują, że teoryja Pettenkofera wymaga jesze zmian, jeżeli ma w zupełności odpowiadać faktom epidemii, istotne ulepszenie wprowadził zdaje się Hoffmann, który sądzi, że dla chorób zakaźnych ważnemi są procesy w gruncie, ale nie te, które w głębi się odbywają, lecz odbywające się w najwyższych warstwach. Należałoby tedy stosunki fizyczne powierzchownych warstw dokładniéj badać a mianowicie zachowanie się w nich ciepłoty.

Co się nakoniec tyczy wpływu wody na cholerę to odwołuje się Koch do tego, co na poprzedniéj konferencyi powiedział pod tym względem, gdy wykazał na przykładach dobroczynny wpływ dobrego zaopatrzenia w wodę i wybitny wpływ wody. Podania jego atoli napotkały na zarzuty, więc dla ważności téj sprawy uważa za stanowcze zbić je.—Najusilniejszy przykład zmniejszenia się cholery w skutek poprawy zaopatrzenia w wodę przedstawia Kalkuta. Po zaprowadzeniu w r. 1870 w mieście têm wodociągów nastało nagłe i stałe zmniejszenie się liczby przypadków cholery, która uwydatnia się także w przedstawieniu codziennéj śmiertelności. Zmniejszenie się to nie może ulegać wątpliwości—przypisywane jednak bywa innym równocześnie wprowadzonym poprawom sanitarnym, jak kanalizacyi i większemu staraniu o czystość. Podnoszonym téż bywa zarzut, iż zmniejszenie dotyczy nie tylko samego miasta ale całéj prowincyi Bengalskiéj. Graficzne jednak przedstawienie śmiertelności z cholery w całéj prowincyi okazuje wzmożenie cię cholery w ciągu ostatnich 10 lat. Zapewne idzie tu jednak nie o istotne wzmożenie się ale o dokładniejsze regestrowanie przypadków cholery w małych miastach i okolicach wiejskich. Na wszelki przypadek twierdzenie o równoległém ubywaniu cholery w Kalkucie i w całéj Bengalii jest nie uzasadnione. Co do ulepszeń pod względem usuwania nieczystości, to one zostały zaprowadzone i miasto po większéj części jest skanalizowane. Poprawy te nie byłyby jednak wywarły tak szybko skutku jak wodociągi zaraz w całém mieście otwarte, ale ujawniałyby się stopniowo mianowicie kanalizacyja. Rozpoczęto ją jeszcze w 1865 r. w r. 1867 założone już główne kanały a odtąd budowa ciągle powoli następuje. Gdyby więc zmniejszenie w skutek kanalizacyi następowało, to powinna była rozpocząć się w 1867 r. i odtąd stopniowo postępować. Tak się jednak rzecz nie miała, ale w r. 1870 nastała zmiana śmiertelności z cholery, co zupełnie odpowiada otwarciu wodociągów. Zresztą kanalizacyjne roboty w Kalkucie bardzo mało postąpiły. Że wodociągi odgrywają w tym przypadku wybitną rolę, poucza o têm porównanie miasta Kalkuty z przedmieściami i fortecą William. Z porównania tego wynika znaczna różnica między częściami miasta zaopatrzonemi w wodociągi a częściami, w których mieszkańcy czerpią wodę ze zbiorników, tj. przedmieściami. Cholera na przedmieściach jest obecnie taka jak dawniéj a jeżeli w którym roku bywa mniejsza, to i w mieście w tym samym stosunku się zmniejsza. Różnicę jedyną wyraźniejszą miasta od przedmieść stanowi rodzaj zaopatrzenia w wodę. Jeżeli się więc te okoliczności zważy, to nie wypada nic innego poczytać za przyczynę zmniejszenia się cholery jak lepszą wodę. Tak téż i w Kalkucie zapatrują się na rzecz i dążą do zaopatrzenia także i przedmieść wodą wodociągową.

Dalszy niezaprzeczony dowód co do wpływu zaopatrzenia w wodę na cholerę w Kalkucie stanowi port Wiliam.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Dr. R. Koppe: **O wyciśnieniu główki następującéj.**

Autor sprzeciwiając się zasadniczo zakładaniu kleszczy na główkę następującą, trzymającą się we wchodzie miednicy a uważając ciśnienie ręką z góry za nieodpowiednie, albowiem spłaszczając têm główkę, powiększa się jéj wymiary i utrudnia wydobycie, radzi użyć następującego sposobu, jeżeli bródka nie zahaczyła się o spojenie. Wypuszcza się mocz; tułów dziecięcia ujmuje akuszerka wedle metody pragskiéj; operator zaś układa zbliżone do siebie brzuśce wielkich i małych palców poprzecznie na główkę tuż nad spojeniem łonowém i ciśnie ją jednostajnie a silnie ku ostatnim kręgom lędźwiowym przez kilkanaście sekund w tym celu, aby się szwy na siebie zasunęły, wymiary główki zmniej-

szyły a tém samém, aby ułatwić zstąpienie główki do małéj miednicy. Potém ręką prawą ułożoną na sklepieniu główki wzdłuż jéj prostego wymiaru, ciśnie się coraz silniéj prosto ku wchodowi miednicy; akuszerka zaś ciągnie równocześnie tułów sposobem pragskim; przytém czuje się zwykle powolne zasuwanie się główki do próżni miednicy, kończące się szybkiém zstąpieniem; wtedy to ujmuje się tułów i wytacza główkę. W przypadkach cięższych lub gdy siła operującego nie wystarcza, może ktoś inny od tyłu podłożyć swe ręce na rękę operującego i cisnąć w odpowiednim kierunku. Sposób ten jest racyjonalnym i względnie do kleszczy szybszy a zatém już choćby dla tego dla dziecka korzystniejszy. (*Centralbtatt f. Gyn.* Nr. 39). *Dr. Wiszniewski.*

VI. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Omawiając sposoby i drogi przyswojenia się zarazy, wspomniałem już o charakteryzujących ją przypadach chorobowych. Że zaś w tegoroczném epidemii w okolicach Hamadanu niektóre z objawów były bardziéj wybitne, inne zaś z braku czasu do zupełnego ich rozwoju zdawały się nadawać wyłączną cechę zarazie, podaję je więc w porządku, w jakim się rozwijały. Wszystkie przypadki cechowały się gwałtownym i szybkim rozwojem. Po kilkogodzinnym stanie gorączkowym z ciepłotą 41·4°, któremu towarzyszyła nieprzytomność lub tylko odurzenie, występowało najprzód zapalenie gruczołu przyusznego. Nim jednak przyszło do ustalenia się tego procesu, chorzy doświadczali bólów drących pod pachami i w pachwinach. Gruczoły tych okolic obrzmiewały a pokrywające je powłoki skórne przedstawiały barwę fijoletową. Same jednak sploty gruczołów nigdy nie przechodziły w stan ropienia i stanu choćby głębokiego chełbotania nie podobna było wykazać. Jednocześnie cały dostępny dotykowi system zwojów limfatycznych przedstawiał stan zatkania z wyjątkiem jedynie gruczołu sutkowego i podkolanowego. Po ukazaniu się karbunkułu lub tylko kilku wąglików występowały krwotoki z nosa bardzo obfite lecz krótko trwające. Wkrótce potem wymioty treścią zawierającą śluz lub żółć, najczęściéj jednak ciałka krwi pomięszane z płynem lub też wydalane w stanie zbitego skrzepu. Mocz oddawany w ilości bardzo skąpéj we wszystkich przypadkach zawierał krew. Fizyjologiczna czynność narządu trawienia była stale powstrzymaną. Tylko u dzieci uważano biegunkę wodnistą, cuchnącą i również zawierającą ciałka krwi. Chory od chwili zapadnięcia poozstawał stale w stanie nieprzytomności czyniącéj go na wszystko obojętnym. Stan podobny trwał nie dłużéj nad 7—11 godzin. Wreszcie po wystąpieniu plam powstałych z wynaczynienia krwi i dowodzących głębokiéj jéj zmiany chory kończył życie. Prócz powyżéj przytoczonych objawów obrzmienie wątroby i śledziony dało się wykazać we wszystkich przypadkach.

Jeżeli teraz uwzględnimy ten szereg chorobowych objawów, gwałtowny przebieg nie pozostawiający czasu do pełnego ich rozwoju, daléj bardzo krótki okres trwania choroby kończącéj się zwykle śmiercią, a niemniéj też i niezwyczajną śmiertelność, znajdziemy tu dowody tak ją wyróżniające od innych stanów patologicznych zakaźnych, że nazwisko dżumy będzie zupełnie właściwém dla ostatniéj perskiéj epidemii. Tak też ją i zdefiniowałem w moim sanitarnym raporcie do międzynarodowéj Rady zdrowia w Stambule, starając się jednocześnie zwalczyć opiniję niektórych praktyków perskich, uważających dżumę za dur, właściwy pewnym prowincyjom, panujący dość często pośród ludności miejscowéj, mianowicie w okolicach błotnistych i ubogich. Do pewnego stopnia można się zgodzić na podobną opiniję usuwającą niejako z widowni nazwę strasznéj plagi i zastępującą ją stanem równie prawie groźnym, tylko że nie wymagającym zbyt wyłącznych ostrożności sanitarnych. Dla nas jednak ten szczególny dur perskich lekarzy, potwierdzony w licznych miejscowościach Persyi jako stan nagminnie panujący, pozostanie dżumą w każdym razie, jeżeli tylko będą go charakteryzować objawy, przebieg i zakończenie wyżéj omówione. Tém zaś więcéj pozwalam sobie trwać w tém przekonaniu, że z praktyki i przeprowadzonych studyjów zapewniłem się o trojakiéj formie dżumy: gwałtownéj, ostréj i przyostréj. Pierwsza z tych form trwa od 7—11, a najdłużéj do 14 godzin i kończy się zawsze fatalnie. Taką właśnie była zaraza w okolicach Hamadanu. Drugą formą ostrą z przebiegiem nieco powolniejszym, niedłuższym jednak nad dwie doby a niekiedy godzin sześćdziesiąt, poznaliśmy w roku przeszłym w Iraku arabistańskim. Śmiertelność w téj formie choroby, jakkolwiek bardzo znaczna, bo dochodząca do 87%, oszczędza jednak pewną liczbę zakażonych. Wreszcie trzecią formą z przebiegiem i rozwojem objawów chorobowych daleko łagodniejszym, dochodzącym do dni siedmiu, obserwowałem w perskim Lurystanie, gdzie liczba przypadków nieszczęśliwie zakończonych dorównywała liczbie osób, które zdołały przebyć zarazę i przejść w stan powolnego powrotu do zdrowia. Chorzy dotknięci tą formą zarazy, przedstawiają jedynie objawy następowe: powikłania często bardzo groźne, jakie miałem sposobność obserwować w przeszłorocznéj epidemii dżumy w Iraku. O tym jednak podziale praktycy perscy zupełnie nie wiedzą, pomimo bardzo częstych wybuchów dżumy w ich kraju, występującéj tu z wyraźnym charakterem nagminnym. Dla nich téż zaraza wtedy tylko jest dżumą, gdy dymienice w pachwinach dojdą do stanu ropienia. W razie przeciwnym bez względu na siłę rozwoju innych przypadów, zaraźliwość, trwanie i zakończenie się choroby, nazywać ją będą tylko durem właściwym prowincyjom perskim.

Na podobne określenie zarazy zwróciłem uwagę Rady zdrowia i wykazałem, że temu to brakowi naukowéj ścisłości zawdzięczamy łatwość przenoszenia się zarazy z Persyi do Iraku, gdzie na wiadomość, że w pogranicznych okolicach szerzy się tylko dur, nie zastosowano żadnych wyłącznych środków ostrożności. Spodziewać się wypada, że na przyszłość ważna ta kwestyja inną przybierze postać, i szeroka droga otwarta dotąd dla przepływu wszelkich brudów perskich zostanie nieco zwężoną w swém łożysku. Tego bowiem wymaga pieczołowitość nad stanem zdrowotnym mieszkańców Iraku i bezpieczeństwo Bassory, jako jedynego tu portu, który raz zadżumiony sprowadzić może najfatalniejsze następstwa przez rozwleczenie zarazy nawet na dość oddalone okolice.

O nagminnym zaś charakterze dżumy w licznych miejscowościach Persyi zdołałem się przekonać w ciągu mych poszukiwań nad drogami, jakiemi zaraza przedostała się do okolic Hamadanu. Otóż już w roku przeszłym wioska Hay była ogniskiem, w którém zginęła nie jedna ofiara. Jednakże o istnieniu tam zarazy władza nic nie wiedziała. Było to bowiem zdarzenie zwykłe, bez wielkiego znaczenia podług przekonań miejscowych. Inny dowód posiadamy w szerzeniu

się dżumy przed trzema laty w mieście Reszt i jego okolicy. Wreszcie na przestrzeni między stolicą i miastem Razwin przy drodze prowadzącéj na północ do Tabryzu a na południe do Hamadanu, w dwóch małych miasteczkach Harakan i Kerrus, zaraza szerzyła się także w roku przeszłym. Sąto miejscowości, o których stanie zdrowotnym osobiście mogłem się przekonać. A ileż innych pozostaje na uboczu, gdzie szerzące się choroby zakaźne wybuchają i przechodzą bez zwrócenia na siebie czyjejkolwiek uwagi. Trudno jednak wymagać, ażeby turecki zarząd służby zdrowia na wiadomość, że w więcéj lub mniéj oddalonéj prowincyi perskiéj panuje zaraza, wciskał się tam zaraz ze swymi delegatami sanitarnymi. Jestto zadaniem rządu perskiego, który zdecydowawszy się na zawiązanie komisyi sanitarnéj z lekarzy miejscowych, pod kierunkiem znanego i powszechnie poważanego Dra Tolozana, jéj téż powinien polecić czuwanie nad polepszeniem opłakanych warunków higijenicznych, w jakich cały kraj pozostaje. Wprawdzie zadanie to jest tutaj daleko trudniejszém do przeprowadzenia aniżeli w stosunkach ottomańskich, bo ludność przyzwyczajona latami do spłacania haraczu za swą niechlujność, każdy wybuch zarazy uważa za coś zwykłego, wcale nie ufając zdaniu, że brudy i zaniedbanie ogólnéj higijeny są przyczyną złego. Należy się spodziewać, że z czasem i w tym kierunku nastąpi oddawna pożądana zmiana. Persyja bowiem weszła na drogę postępu, na którego czekając rezultaty spieszmy zapoznać się choć pobieżnie z tém, co dzisiejszy byt mieszkańców przedstawia oryginalnego dla lekarza-higijenisty. Spieszmy się powiadam, przedtém nim chłonący wszystko cyklon o podwójnych prądach, północnym i południowym, nie rozwielmożni się nad tym bogatym i uśpionym w swéj historycznéj dumie kraju, nim tradycyjną swą wonią nie odwoni powietrza, nie zmieni warunków społecznych dziś interesujących, później niedostępnych dla obcego badacza. (C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 11—17 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 29,2. Z ospy umarło 1 (1 z. t.); z odry 6 (7 z. t.); z płonicy 2 (1 z. t.); z błonicy 0 (3 z. t.): z krztuśca 1 (1 z. t.); Doniesiono w tymże czasie o 21 przypadkach odry, 2 płonicy, 3 krztuśca, 2 róży. W tygodniu od 4—10 października umarło z ospy: we Wrocławiu 2, w Wiedniu 8, w Pradze 5; w Budapeszcie 7, w Tryjeście 4, w Wenecyi 10, w Paryżu 3, w Londynie 3, w Petersburgu 2. Z duru osutkowego umarło: w Londynie 2. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 21. Z odry umarło w Królewcu 10, w Gdańsku 12. Z płonicy umarło w Londynie 21, w Petersburgu 13. Z błonicy umarło w Berlinie 44, we Wrocławiu i Dreźnie po 10; w Tryjeście 10, w Paryżu 20, w Londynie 19. Z krztuśca umarło w Hamburgu 14, w Londynie 34.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 4—10 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,4; w Warszawie 24,7; w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 20,5; w Pradze 24,6; w Budapeszcie 23,0; w Tryjeście 22,3; w Berlinie 27,9; w Hamburgu 25,4; w Gdańsku 28,2; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Amsterdamie 18,3; w Bazylei 16,6; w Brukseli 22,2; w Chrystyjanii 17,1; w Kopenhadze 16,2; w Londynie 16,7; w Odesie 30,2; w Paryżu 19,1; w Petersburgu 24,1; w Stokholmie 18,7; w Wenecyi 22,3; w Zurychu 13,5. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 października. Na posiedzeniu swém d. 23 bm. odbytém Wydział lekarski po przywitaniu przez dziekana prof. Cybulskiego i zaproszeniu prof. Łazarskiego do zajęcia miejsca w Wydziale z głosem stanowczym, zamianował Dra Teofila Bąkowskiego asystentem przy katedrze anatomii opisowéj na rok bieżący szkolny, Dra Aleksandra Bossowskiego, asystentem 2im przy klinice chirurgicznéj na 2 lata, a Dra Ignacego Schaittera demonstratorem przy katedrze medycyny sądowéj na rok bieżący; uchwalił zaś wyjednać u Wys. Ministerstwa nominacyję Drnda med. Gustawa Piotrowskiego na asystenta przy katedrzefizyjologii.

* W sobotę d. 31 bm. rozpocznie się tu egzamin fizykacki pod przewodnictwem protomedyka Biesiadeckiego.

* Dziś prof. Cybulski przed bardzo licznie zgromadzonymi słuchaczami rozpoczął wykłady swoje mówiąc o metodach badania fizyjologicznego. Wykład ten wstępny umieścimy niezadługo w tygodniku naszym.

* **Warszawa**. Redaktorem *Pamiętnika lek.* na 3 lata wybrany został Dr. Jawdyński.

* **Praga czeska**. Na dzisiejszém posiedzeniu „Spolku“, pierwszém po wakacyjach, docent Czarda demonstrował 2 chorych z swéj prywatnéj kliniki. 1) *Caries necrotica process. mastoid sinistri* u dziewczyny 6-letniéj i sekwestr wielkości orzecha laskowego wydalony przez proste nacięcie. 2) Włókniak w *cavum pharyngonasale* u 13-letniego chłopca wydalony za pomocą pętli galwanokaustycznéj. Znaczne przytępienie słuchu jako objaw ucisku na trąbki Eustachego ustąpiło w zupełności po operacyi. Następnie prof. Janovský miał odczyt o zmianach przybłonkowych, dających się wykazać endoskopem w różnych chorobach cewki moczowéj z szczególném uwzględnieniem *Urethritis granulosa*, daléj *Leukoplakia* i t. z. „stryktury szerokiéj“. W téj ostatniéj chorobie mają te zmiany przybłonkowe ważne znaczenie, bo leczenie wczesne tego zwężenia zapobiega powstaniu stryktury bliznowatéj (włóknistéj).

Z wiadomości uniwersyteckich zapisuję ogromny nawał młodzieży na wydział lekarski. O tém świadczy cyfra 300 studentów na pierwszym roku, a 500 zapisanych na ćwiczenia anatomiczno-opisowe. W tym stosunku przepełnione są i inne zakłady. Ilustruje to bardzo dobrze wycieczki tygodnika wiedeńskiego przeciw wydziałowi lekarskiemu krakowskiemu i pragskiemu. Klinika propedeutyczna, którą miał objąć prof. Maixner, jeszcze dotąd nie otwarta i nie wiadomo kiedy do tego przyjdzie.

Dr. Obrzut.

* **Serbija** poszukuje lekarzy dla armii swéj. Doktorowie wszech nauk lekarskich otrzymają 3200 franków rocznéj płacy. Bliższéj informacyi udziela poselstwo serbskie w Wiedniu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska**. Wydział lek. czeski przedstawił do nominacyi na przełożonego kliniki propaideutycznéj prof. Maixnera na 1ém a docenta Thomayera na 2ém miejscu. — Prymaryjuszem czeskiego domu podrzutków mianowany został docent Schwing. — **Budapeszt**. Prof. Gebhardt otrzymał order korony żelaznéj 3éj kl. za zasługi koło wystawy krajowéj. — **Królewiec**. Prof. Naunyn mianowany został radzcą lekarskim i członkiem kolegijum lek. Prus zachodnich. — Prof. nadzw. i fizyk obwodowy Dr. Salomon Pincus otrzymał charakter tajnego radcy lekarskiego. — **Gandawa**. Dr. van Ermengem mianowany został profesorem w Wydz. lekarskim.—**Wiedeń**. Mianowani zostali nadzwyczajnymi profesorami docenci Reuss, Oser i Urbantschitsch. — **Dorpat**. Prof. Wahl ustąpił z rektoratu, a wybrany został rektorem na 4 lata prof. fizyjologii Aleksander Schmidt. — **Warszawa**. Docent prywatny akademii lek. w Petersburgu Dr. Popow zamianowany prof. nadzw. farmakologii. — **Petersburg**. Docenci pryw. Masłowski i Stolnikow zamianowani docentami etatowymi, pierwszy ginekologii, ostatni terapii.

* **Nekrologija**. W Brunszwiku umarł tajny radca lek. prof. Uhde, prymaryjusz oddziału chirurg. tamże, a w Berlinie lekarz jeneralny i dyrektor Charité prof. Starcke.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 43: Tymowskiego: Wskazania i przeciwskazania do zastosowania klimatu San Remo. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 43: Lessera: O żylakach; Sztembarta: Wycięcie nadpochwowe macicy z jajnikami z przyczyny mięsaka trzonu macicy; Nenckiego: Sprawozdanie z działalności pracowni chemiczno-lek. szpitali warsz. — W *Przewodniku gimnastycznym*: Gimnastyka u dzieci; Rzecz o pielęgnowaniu zdrowia i ćwiczenia ciała w naszych czasach.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 4 listopada o godzinie 6éj wieczór w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém 1) kol. Obaliński mówić będzie o ostatnich swych przypadkach laparotomij wykonanych z powodu niedrożności jelit; 2) kol. Pieniążek będzie miał rzecz o kokainie, jako leku miejscowo znieczulającym.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

W bieżącym roku szkolnym opróżnione są dwa stypendyja dla elewów kliniki chirurgicznéj krakowskiéj: jedno krajowe w kwocie 500 zła. od 1 października rb., drugie zaś rządowe w kwocie 300 zła. od 1 stycznia 1886 r.

Ubiegający się o stypendyjum krajowe winni wnieść podania swe do 15 listopada, o stypendyjum rządowe zaś do d. 5 grudnia rb. na ręce podpisanego dziekana.

Kraków d. 27 Października 1885. *Blumenstok.*

KONKURS.

W miasteczku **Kozowie** siedzibie c. k. Sądu powiatowego powiecie Brzeżańskim otwartą jest posada lekarza miejskiego z płacą roczną w kwocie 300 zlr. w. a. za kontraktem zawrzeć się mającym. Z tą posadą połączona jest funkcyja oglądania ciał zmarłych i oglądania bydła.

Kompetenci zechcą się zgłosić pisemnie w terminie nieprzekraczalnym do 15 Listopada 1885 podaniem do Rady gminnéj tutejszéj z dowodami uzdolnienia.

Objęcie posady nastąpić ma najdaléj w 4 tygodnie po zamianowaniu, przyczém się zauważa, że za oglądanie ciał zmarłych i bydła osobna remuneracyja jest przeznaczoną.

ZWIERZCHNOŚĆ GMINNA.

Kozowa dnia 11 Października 1885.

Naczelnik gminy
Neweliczka.

Lekaryjat

miejski do obsadzenia w **GLINIANACH**. Bliższe wiadomości w „Gazecie Lwowskiéj" z d. 14 Października Nr. 234.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtor . arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 7 listopada 1885. № 45. Rok XXIV.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do chirurgii.

XIV.

Złamanie szyi kości udowéj powstałe przy odprowadzeniu zadawnionego zwichnięcia w stawie biodrowym.

Podał Dr. Rudolf Trzebicky,
1 asystent tejże kliniki.

W 32im tomie archiwu Langenbecka opisuje Wippermann (*Ueber die primäre Exstirpation des Gelenkkopfes bei mit Fractura colli complicirter Luxation im Hüftgelenke*) przypadek obserwowany w klinice Czernego, w którym podczas usiłowania repozycyi zadawnionego zwichnięcia stawu biodrowego nastąpiło złamanie szyi kości udowéj a główka następnie uległa nekrozie. Oprócz tego zestawił jeszcze Wippermann 13 znanych w literaturze przypadków, w których zachodziło powikłanie zwichnięcia w stawie biodrowym ze złamaniem szyi kości udowéj. Jeden z tych przypadków jest nieco wątpliwy, gdyż tam prawdopodobnie chodziło tylko o samo złamanie szyi kości udowéj; w 3ch przypadkach spostrzeżono to powikłanie dopiero przy sekcyi, w 3ch przypadkach powstało złamanie pierwotnie równocześnie ze zwichnięciem a w 7miu pękła kość udowa dopiero w skutek rozmaitych zabiegów przedsiębranych dla odprowadzenia zwichnięcia. W tych razach, gdzie złamanie powstało równocześnie ze zwichnięciem, dalszy przebieg nie pozostawiał nic do życzenia i rezultat co do funkcyi bywał wcale dobry; jeżeli zaś złamanie powstało później niż zwichnięcie, to wówczas tylko gojenie odbywało się bez przeszkód, jeżeli linija złamania przebiegała zewnątrz torebki. Na 3 zaś przypadki złamania śródtorebkowego 2 razy powstała nekroza główki, prowadząca do rozległego i długotrwałego ropienia. Chory Bryka umarł wreszcie w skutek róży, która się rozwinęła po resekcyi wykonanéj dla wydobycia obumarłéj główki, a pacyjent Czernego zaledwie po półrocznéj kuracyi mógł chodzić o kuli. Pacyjent Verneuila, u którego do nekrozy nie przyszło, nie mógł używać swéj odnogi w skutek zaniku mięśni na drugiéj nodze. Na podstawie tych wyników dochodzi Wippermann do wniosku, że w tych przypadkach, gdzie podczas repozycyi zwichnięcia stawu biodrowego powstało złamanie szyi kości udowéj wewnątrz torebki, należy od razu wykonać resekcyję główki, aby zapobiedz jéj ubumarciu. Jakkolwiek jednak ilość znanych podobnych przypadków jest jeszcze skąpa, to przecież przypuścić należy, że w rzeczywistości tego rodzaju powikłanie zwichnięcia w stawie biodrowym zdarza się daleko częściéj, zarówno w klinikach jak i w praktyce prywatnéj, a zasługą właśnie Wippermanna jest, że na tę okoliczność w ogóle zwrócił uwagę.

Nie od rzeczy może będzie, że podam do szerszéj wiadomości odnośny przypadek, obserwowany w tutejszéj klinice chirurgicznéj, zwłaszcza, że może on wobec osiągniętego pomyślnego wyniku posłużyć do poparcia zapatrywania Wippermanna, a têm samém przyczynić się do rozstrzygnięcia téj dla praktyki tak ważnéj kwestyi.

J. R., mężczyzna, lat 46 liczący, wypadłszy przed czterema tygodniami z wozu zwichnął nogę. Aż do dnia przyjęcia do kliniki nie robiono żadnych prób w celu repozycyi zwichnięcia. Przyjęty do kliniki okazywał typowy obraz zwichnięcia stawu biodrowego ku tyłowi i ku górze (*luxatio iliaca*); główka kości udowéj była wyraźnie na talerzu biodrowym wyczuwalna. Dnia 5 lutego 1883 r. próbowano w głębokiéj narkozie reponować odnogę przy wyprostowanym stawie biodrowym. Gdy jednak usiłowania te nie doprowadziły do celu, powtórzono je przy zgiętym stawie biodrowym; podczas tych prób złamała się szyjka kości udowéj. W obec spóźnionéj pory nie badano już daléj dokładnie i założono tylko na odnogę przyrząd naciągający w zamiarze

wykonania następnego dnia resekcyi stawu biodrowego, gdyż prof. Mikulicz sądził, że wynik po téj operacyi w każdym razie będzie lepszy, niż po konserwatywném leczeniu zwichniętéj i złamanéj równocześnie odnogi.

Następnego dnia przystąpiono tedy, wśród zwykłych zasad postępowania przeciwgnilnego, do resekcyi główki kości udowéj według Whita. Po odsłonięciu stawu okazało się, że główka była zreponowaną, gdyż znajdowała się na swojém miejscu w panewce, zkąd ją bardzo łatwo za pomocą kleszczy można było wyjąć, gdyż więzadło było przerwane a linija złamania przebiegała wewnątrz torebki tuż popod główką (przez szyjkę anatomiczną, Lossen).

Po wyjęciu główki i odszczepanego kawałka szyjki założono do rany dwa sączki średniéj grubości, ranę samą zespojono kilku szwami a odnogę całą ułożono znów w przyrządzie naciągającym.

Dalsze gojenie się z początku nie odbywało się całkiem gładko, gdyż rana poczęła miernie ropieć, a chory podczas pierwszych dwóch tygodni wieczorami gorączkował (aż do 38·8°C.). Niemniéj jednak z początkiem marca rana już była zabliźnioną, a pacyjent 16go marca wstał z łóżka, z końcem zaś tego miesiąca o kulach opuścił klinikę.

Według doniesienia listownego pacyjent chodzi obecnie o jednéj lasce wcale dobrze i jest w stanie przez cały dzień bez znużenia oddawać się swemu zajęciu jako szynkarz na wsi.

Opisany dopieroco przypadek, nader podobny do przypadku obserwowanego przez Czernego, uzupełnia szereg przypadków zebranych z literatury przez Wippermanna. Oczywiście, że tu przy ostatniéj próbie odprowadzenia zwichnięcia naprzód główka wskoczyła do panewki, a bezpośrednio potém szyjka kości udowéj uległa złamaniu, gdyż w ten jedynie sposób można sobie wytłumaczyć tę okoliczność, że główka przedtém na talerzu biodrowym z łatwością wyczuwalna podczas operacyi znajdowała się na swém miejscu w panewce. Niemniéj jednak pierwotna resekcyja główki była tu, o ile to ocenić teraz można, najracyjonalniejszym i najpewniejszym zabiegiem, gdyż główka wyrwana zupełnie z połączenia z otaczającemi tkankami i luźno całkiem leżąca wśród panewki byłaby bez wątpienia tak jak w przypadkach Bryka i Czernego uległa nekrozie. Jeżeli jeszcze uwzględni się wynik względnie pomyślny co do ostatecznéj funkcyi, to można przypadek ten śmiało uważać za dowód popierający prawdziwość wyż wypowiedzianego zdania Wippermanna.

II. Z Zakładu farmakologicznego Uniw. Jagiell.

O działaniu ergotyny na krążenie i na macicę.

Podał Prof. Dr. Józef Łazarski.

(Dokończenie Patrz Nr. 44).

Badanie wpływu ergotyny na macicę przedsiębrałem na sukach i królikach kuraryzowanych. Przed wstrzykiwaniem ergotyny do żyły została macica dokładnie odsłonięta i aby unikać oziębienia ustroju, przedsiębrałem doświadczenia w pokoju ogrzanym do 28°C. W doświadczeniach tych zauważyłem, że ergotyny te, po których w poprzednich doświadczeniach ciśnienie krwi znacznie się zmniejszało, nie wywierały żadnego wpływu na macicę. Ponieważ kwas sklerotynowy jest właśnie tą istotą obniżającą ciśnienie krwi, przeto i z kwasami Dragendorffa i Podwysockiego przedsiębrałem doświadczenia. Rownie jak i Kobert nie spostrzegałem nigdy po zastósowaniu tych wytworów kurczenia się macicy. Przeciwnie zaś po tych ergotynach, po których zastósowaniu następowało zwiększenie ciśnienia krwi, kilka razy spostrzegałem kurczenie się macicy, a mianowicie po małych dawkach kurczenie się postępujące od dna macicy ku wargom; po wielkich dawkach widoczném było szybko występujące zmniejszenie się macicy, trwające średnio 30—40 sekund, poczém następowała pauza, po któréj znów nastąpił kurcz krócéj od poprzedniego trwający.

Zachodzi teraz pytanie, która z tych ergotyn badanych byłaby dobrą do zastósowania leczniczego? Nie ulega wątpliwości, że ergotyna, która macicę do skurczów pobudza, będzie wytworem dobrym do stósowania w położnictwie. Czy jednak ta sama ergotyna zwiększająca ciśnienie krwi przez zadrażnienie ośrodka naczynioruchowego, może być zarówno dobrym wytworem w krwotokach różnych narządów? Nie mogę sobie wyobrazić skuteczności środków stósowanych w krwotokach narządów wewnętrznych w inny sposób, jak tylko przez zmianę występującą w krążeniu. Jeżeli mamy na myśli krwotoki czynne, wówczas ergotyna zwiększająca pobudliwość ośrodka naczynioruchowego, a tém samém zwiększająca ciśnienie krwi, nie może na nie korzystnie oddziaływać, jest bowiem rzeczą dla każdego zrozumiałą, że każde zwiększenie ciśnienia krwi tylko powiększyć może krwotoki czynne. Tłumaczenie więc skuteczności ergotyny w krwotokach zwężaniem się naczyń nie jest przypuszczalném; musielibyśmy bowiem przypuścić, że tylko w tém miejscu i te naczynia zwężają się, z których krwotok nastąpił. Z doświadczeń jednak na zwierzętach wiemy, że wszystkie naczynia stojące pod wpływem nerwów naczynioruchowych zwężać się muszą; a następstwem tego zwężenia jest właśnie podwyższone ciśnienie krwi. Taki więc sposób tłumaczenia skuteczności ergotyny w krwotokach różnych narządów i części ustroju, jak np. płuc, nerek, pęcherza, nosa, przewodu pokarmowego, stoi w sprzeczności z naszemi fizyjologicznemi wiadomościami o krążeniu. Jeżeli zaś wyobrazimy sobie, że uda nam się w obec krwotoków czynnych jakiegokolwiek narządu zmniejszyć ciśnienie krwi, to nie można wykluczyć możności, że skutkiem obniżenia parcia ościennego, czyli skutkiem zmniejszonych oporów w krążeniu, większe krwotoki mogą się zmniejszyć, a nieznaczne zupełnie ustać. Rozumie się samo przez się, że kwas sklerotynowy lub téż sklerotynijan sodowy będą takiemi wytworami, po których najpewniéj spodziewać się można obniżenia ciśnienia krwi i zwolnienia częstości tętna.

Co się zaś tyczy ergotyny Bonjeana (obecnie powszechnie stósowanéj) to takowa—jak z powyższych badań wynika—ciśnienie może obniżyć, ale można napotkać ergotynę taką, która to ciśnienie krwi zwiększy, a tém samém każdy czynny krwotok tylko powiększy. Co się zaś tyczy krwotoków macicznych, to w nich i ta ergotyna mogłaby się okazać skuteczną, która posiada własność pobudzania macicy do skurczów, pomimo iż takowa zwiększałaby ciśnienie krwi.

Kobert jest zdania, iż nie należy obecnych wytworów sporyszu dopóty stósować, dopóki nie będzie można w handlu otrzymać istot działających sporyszu w stanie zupełnie czystym. Według niego najlepiéj byłoby od września do grudnia stósować sporysz jako taki. — Sądzę, że nie można się sprzeciwiać stósowaniu kwasu sklerotynowego w krwotokach czynnych, skoro wiemy, że tenże obniża ciśnienie krwi. Nie jest on wprawdzie wytworem czystym

pod względem chemicznym, jak Kobert wykazał, jest on jednak wytworem czystym pod względem fizyjologicznym; a o to nam się przecież w zastósowaniu onego rozchodzi. Co się zaś tyczy zastósowania ergotyny (otrzymanéj jakimkolwiek sposobem) jako leku mającego pobudzać macicę do skurczów, to zgodzić się trzeba z Kobertem, ponieważ o żadnéj ergotynie w handlu się znajdującéj (jak to z poprzedzających doświadczeń wynika) nie można z pewnością powiedzieć, że wywoła ona skurcze macicy.

Aby się przekonać, jakie są różnice w działaniu ergotyn ze sporyszu różnych okresów wegetacyi jakotéż i ze sporyszu długo przechowywanego, przedsiębrałem cały szereg badań.—Sporządzałem ergotynę według Bonjeana ze sporyszu z trzech różnych lat w różnych miejscach i w różnych okresach wegetacyi zbieranego i każdy wytwór poddawałem dyalizie. Ergotyna otrzymana ze sporyszu krótki czas przed dojrzeniem żyta zbieranego, działała zawsze obniżająco na ciśnienie krwi, tak samo działały i ergotyny ze sporyszu zbieranego z dojrzałego żyta. Te ergotyny jednak nie pobudzały macicy do skurczu.—Taką ergotynę można w stanie dyalizowanym kilkanaście miesięcy przechowywać; a więc nadaje ona się tak samo, jak to powyżéj powiedziałem, jak i kwas sklerotynowy do stósowania w krwotokach czynnych. Na dyalizowanie tych wytworów zwracam dla tego uwagę, ponieważ ergotyny, które dla kontroli nie poddawałem dyalizie, po kilku tygodniach zmieniły swoją własność farmakodynamiczną i zamiast obniżać zwiększały ciśnienie krwi. Ergotyna zaś sporządzona ze sporyszu długo przechowywanego zwiększa przeważnie ciśnienie krwi lub téż zachowuje się obojętnie, na macicę zaś nie działa; według tego więc, co wyżéj nadmieniłem, nie może ona być stósowaną w krwotokach czynnych.

Sporządziłem także ergotynę ze sporyszu 4 do 5 tygodni przed dojrzeniem żyta zbieranego. Takie wytwory znacznie zwiększały ciśnienie krwi i pobudzały zawsze macicę do skurczu.

Sporządzałem również i wyciągi wyskokowe z tych samych odmian sporyszu i przekonałem się, że sporządzone ze sporyszu z wczesnego okresu wegetacyi najpewniéj pobudzają macicę do skurczu. Spostrzegałem także skurcze macicy po zastósowaniu wyciągów wyskokowych ze sporyszu krótki czas przed dojrzeniem żyta lub równocześnie z żytem zbieranego. Sporządzony zaś wyciąg wyskokowy ze sporyszu długo przechowywanego wcale na macicę nie działa. Nadmienić muszę, że i taka ergotyna według Bonjeana ze sporyszu z wczesnego okresu wegetacyi jakotéż i wyciągi wyskokowe tracą swoje własności farmakodynamiczne po kilkomiesięczném przechowywaniu, że więc i na wyciąg wyskokowy sporyszu z wczesnego okresu wegetacyi pod względem działania jego na macicę po długiém przechowywaniu liczyć nie można.

Doświadczenia moje przedsiębrałem także i na zwierzętach ciężarnych (czterech sukach i pięciu królicach) w różnych okresach ciąży się znajdujących. We wszystkich przypadkach, tak u suk jak i u królic, nastąpiło porzucenie płodu po zastósowaniu ergotyny [1]) otrzymanéj ze sporyszu z wczesnego okresu wegetacyi. W dwóch przypadkach u suk porzucone płody były żywe; gdy zaś trzem ciężarnym królicom kwas sklerotynowy wstrzykiwałem (po 0·2 na raz co 4 godziny), porzucenie płodu nie nastąpiło a zauważyć muszę, że żadne z tych ciężarnych zwierząt po porzuceniu nie zginęło.

Tak więc w licznych moich badaniach (sięgających liczby stu) odnoszących się najprzód do ergotyn w handlu się znajdujących, następnie do ergotyn, które sam sporządziłem ze sporyszu zbieranego w różnych miejscach i w różnym okresie wegetacyi w trzech po sobie następujących latach (1883—84—85), nie zdołałem znaleźć ani téż sam wydobyć ergotyny takiéj, któraby działała obniżająco na ciśnienie krwi i zarazem macicę do skurczu pobudzała. Długi czas sądziłem, wnosząc z doświadczeń ze sporyszem żytnim wykonanych, że istota wywołująca kurzczenie się macicy zwiększać także musi ciśnienie krwi. Badania Koberta w 1884 r. ogłoszone utwierdzały mnie w tém mniemaniu. Otrzymałem jednak przypadkowo sporysz z owsa zbierany krótki czas przed dojrzeniem i wykonawszy doświadczenia z ergotyną z niego sporządzoną spostrzegałem silne kurczenie się macicy u królic jakotéż i suk, nie spostrzegałem zaś żadnych zmian w ciśnieniu krwi. Sądziłem, że i ze sporyszu żytniego uda mi się otrzymać ergotynę podobną lub téż taką, która nie tylko skurcz macicy wywołać może, ale także i ciśnienie krwi zmniejszy i dla tego téż badałem ergotyny ze sporyszu w różnych okresach wegetacyi otrzymanego.

Nowy lekopis niemiecki *(pharmacopoea germanica editio altera)* przepisuje przechowywanie takiego sporyszu, z którego olejek tłusty został oddalony. Nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że znaczne ilości olejku tłustego w sporyszu rozkładając się, wpływają także i na rozkład innych istot. Taki zaś sporysz, z którego za pomocą eteru olejek tłusty oddalony został, zachowuje jeszcze po 5—7 miesiącach swoje własności farmakodynamiczne; ergotyna lub silny napar sporządzony z niego obniża ciśnienie, nie działając jednak na macicę. Po dłuższym zaś czasie istoty obniżające ciśnienie (prawdopodobnie tylko kwas sklerotynowy) ulegają rozkładowi.—Widzimy więc, że jedna i ta sama ergotyna (jak ją nam lekopis podaje), nie może być ze stanowiska farmakodynamicznego podawaną w krwotokach jakotéż i w położnictwie, że chcąc mieć wytwór najpewniéj działający na macicę, należałoby sporządzić go ze sporyszu z wczesnego okresu wegetacyi; wytworem zaś działającym w krwotokach byłby kwas sklerotynowy lub téż ergotyna Bonjeana dyalizowana, sporządzona jednak ze sporyszu świeżego krótki czas przed zebraniem żyta otrzymanego. Mając zaś wybór pomiędzy ergotyną Bonjeana dyalizowaną a kwasem sklerotynowym nie ulega, na zasadzie powyżéj podanych przyczyn, wątpliwości, że wybraćby należało ostatni. Zwracam uwagę na to, że podskórne wstrzykiwania kwasu sklerotynowego zarówno są bolesne jak i wstrzykiwania ergotyny Bonjeana. Często otrzymywałem znaczne zapalenie w tkance łącznéj podskórnéj; wytwory te należałoby zobojętnić węglanem sodowym lub téż stósować sklerotynijan sodowy.

Co się tyczy własności fizyjologicznych sporyszu w wczesnym okresie jego wegetacyi to Bonjean twierdzi, że takowy nie działa zabójczo. Toksykologicznéj strony leku tego nie uwzględniam w niniejszéj pracy, gdyż inni autorowie w tym kierunku pewne rezultaty otrzymali i jeszcze w tym kierunku pracują.

Z badań moich wynika więc: 1) że spostrzegane przez dawniejszych autorów zwężanie się naczyń w przeźroczystych częściach żab po zastósowaniu ergotyny nie jest działaniem właściwém ergotynie, lecz jak Zweifel twierdzi, następstwem podrażnienia nerwów czulnych.

[1]) Wstrzykiwałem podskórnie roztwór wodny 1—10. Co 3 godziny jednogramową strzykawkę Pravaza.

2) Że ergotyny według Bonjeana sporządzone, w handlu się znajdujące, różnią się w działaniu swém na krążenie.

3) Ergotyny obniżające ciśnienie krwi nie pobudzają macicy do skurczu.

4) Chcąc otrzymać ergotynę według Bonjeana stale obniżającą ciśnienie krwi, należy takową sporządzić ze sporyszu świeżego, krótki czas przed zebraniem żyta otrzymanego.

5) Ergotyna sporządzona według Bonjeana ze sporyszu z wczesnego okresu wegetacyi, 4 do 5 tygodni przed dojrzeniem żyta zbieranego, najpewniéj wywołuje kurczenie się macicy i zwiększa ciśnienie krwi.

6) Ergotyna sporządzona ze sporyszu długo przechowywanego zwiększa ciśnienie krwi przez zwiększenie pobudliwości ośrodka naczynioruchowego.

7) Wszystkie ergotyny dłuższy czas przechowywane ulegają rozkładowi i tém samém zmieniają się własności ich farmakodynamiczne.

8) Sporysz uwolniony od tłuszczu zachowuje dosyć długo istoty, ciśnienie krwi obniżające, w stanie niezmiennym.

9) Skuteczności ergotyny w krwotokach czynnych nie można tłumaczyć zwężaniem się naczyń, tylko wyłącznie obniżeniem się ciśnienia krwi.

10) Takim wytworem najlepiéj obniżającym ciśnienie krwi jest kwas sklerotynowy.

III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882 [1]).

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

II. Choroby opon mózgowych i mózgu.

Jak w dziale poprzedzającym, dotyczącym przypadków chorób czynnościowych ustroju nerwowego, najwięcéj zajmowały nas objawy kliniczne, a dokonane oględziny pośmiertne nie wykazywały zawsze niewątpliwéj przyczyny owych objawów klinicznych; tak naodwrót w dziale niniejszym obejmującym przypadki chorób istotnych opon mózgowych i mózgu spostrzeganych w latach 1879 do 1882 w szpitalu, główne miejsce zajmą wyniki sekcyj, którym jak to późniéj zobaczymy, w wielu bardzo razach nie odpowiadały objawy za życia spostrzegane, jak się tego na podstawie dotychczasowych zdobyczy na polu fizyjologii i patologii doświadczalnéj spodziewać należało. Dlatego téż wliczyliśmy w poczet przypadków chorób mózgu i opon jego przez nas zauważonych, także i takie przypadki, które za życia żadnym objawem się nie zdradziły, a w których dopiero sekcyja stwierdziła stanowczo zmiany w ośrodkach, a przypadki te o tyle więcéj mają znaczenia, o ile obserwacyja kliniczna była ścisłą a wszelkie objawy mogące tylko znamionować chorobę ustroju nerwowego dokładnie zapisywano.

Chorób opon mózgowych i mózgu zauważyliśmy w ogóle przypadków 120, z tych 58 u chłopców, 62 u dziewcząt. Z liczby powyższéj zmarło chłopców 47, dziewcząt 49, razem 96 to jest 80%, sekcyj nie wykonano tylko w jednym przypadku, w którym atoli rozpoznanie żadnéj nie ulegało wątpliwości. O częstości pojawienia się poszczególnych postaci chorobowych najlepiéj pouczy następująca tabliczka:

[1]) Zob. Przegl. Lek. z r. 1883.

Przypadków:	u chłopców	u dziewcząt	razem
Niedokrewności mózgu i opon	1	3	1
Przekrwienia mózgu i opon	5	3	8
Wynaczynienia w mózgu i oponach	2	3	5
Zakrzepicy krwi w zatokach	1	4	5
Zakrzepicy tętnicy rowka Sylwiusza	—	1	1
Zap. opony twardéj krwotokowego	3	4	7
Zapalenia opon miękkich	2	5	7
Wodogłowia ostrego	3	4	7
Wodogłowia przewlocznego	10	6	16
Zapalenia opon mózgowych gruźliczego	16	13	29
Zap. opon mózg. i rdzenia nagminnego	1	7	8
Przerostu mózgowia	2	—	2
Uwiądu mózgowia	1	—	1
Przepuklina mózgowa wrodzona	—	1	1
Zapalenia mózgu	2	1	3
Nowotworu mózgu	3	4	7
Porażenia nerwu twarzowego	—	1	1
Uwiądu nerwu wzrokowego	—	1	1
Ślepoty	1	1	2
Głupoty	5	2	7
Obłędu	—	1	1
	58	62	120

Jak trudném jest ścisłe rozpoznanie chorób mózgu i opon we wieku dziecięcym, jak mało polegać można czasem na oznakach rozpoznawczych podawanych w podręcznikach i sztucznie zestawionych schematach, a wreszcie jak czasem w obec wybitnych objawów klinicznych rozpoznanie poczynione za życia zdaje się niezawodném, a przecież nie znajdujemy w mózgu téj zmiany, jaką przypuszczaliśmy, tylko odmienną, albo co gorsza czasem i nic nieprawidłowego, tak iż nawet nasunąć się muszą pewne powątpiewania co do wartości badania pośmiertnego mózgu wyłącznie makroskopowego, pouczą nas właśnie pojedyncze przypadki, odnoszące się do wyżéj wykazanych postaci chorób, które téż nieco obszerniéj podamy. —Tymczasowo tyle tylko wspomnę, iż na 120 przypadków chorób mózgu i opon nie rozpoznaliśmy za życia żadnego zboczenia w ustroju nerwowym w przypadkach 38iu, gdyż przebiegały bez widocznych objawów. W 4ch mieliśmy wprawdzie podejrzenie, lecz dla braku wybitniejszych oznak ściśle rozpoznać nie mogliśmy. Natomiast w 4ch innych przypadkach na podstawie licznych objawów rozpoznaliśmy pewne zmiany chorobowe, podczas gdy sekcyja żadnéj zmiany w mózgu i oponach nie wykazała, a pomyliliśmy się nakoniec tylko pod względem oznaczenia jakości cierpienia w przypadkach 14tu.

Nadmienić jednak wypada, iż pomiędzy odnośnymi chorymi było 12tu przyniesionych już w stanie konającym, które tylko po kilka godzin byli w obserwacyi, a następnie nie mało było takich chorych, którzy tylko kilka dni pozostawali w szpitalu a oddani byli bez jakichkolwiek wywiadów, gdyż przyjęto ich w kancelaryi szpitala św. Łazarza, odesłano do szpitala św. Ludwika a lekarz ani rodziców ani opiekunów wcale nie widział.

Najwięcéj uszło rozpoznaniu przypadków przekrwienia mózgu, wynaczynień, zapalenia opony twardéj i zakrzepicy zatok, podczas gdy pomyłki w rozpoznaniu pod względem postaci chorobowéj tyczyły się najwięcéj różnych postaci zapalenia opon miękkich.—Na trudność w rozpoznaniu chorób mózgowych u dzieci wpływa jak wiadomo obok przyczyn zewnętrznych przypadkowych, np. braku wywiadów, krótkiego

czasu obserwacyi itp. bardzo wiele wiek dziecka jakotéż i ta okoliczność, czy choroba mózgowa w danym przypadku jest pierwotną, czy też rozwinęła się dopiero w następstwie innych chorób, których objawy przeważać mogą nad objawami zajęcia mózgu lub opon jego, kończącego tylko chorobę pierwotną a zarazem i życie pacyjenta, albo też których obecność tłumaczyć może dostateczne objawy spostrzegane, tak iż wcale nie jesteśmy zniewoleni do przypuszczenia jeszcze obok choroby głównéj powikłań ze strony narządu nerwowego. Jeżeli np. rozpoznamy u chorego dziecka zapalenie nerek, w ciągu którego przyjdzie do mocznicy, to dla tłumaczenia występującéj bezprzytomności, drgawek, wymiotów itd. nie potrzebujemy przypuszczać jeszcze i zapalenia opon na półkulach lub wodogłowia ostrego, a jednakowoż zmiany te obok zmian rozpoznanych na stole sekcyjnym jeszcze napotkać możemy, jak się to w rzeczywistości w jednym zdarzyło przypadku. Albo też jeżeli u dziecka cierpiącego na długotrwałą biegunkę wystąpią objawy odpowiadające niedokrewności mózgu, to tłumaczeniem tém zupełnie zadowolić się możemy a nie możemy jeszcze zamiast tak zwanego hydrocefaloidu rozpoznać zakrzepicy zatok, którą późniéj dopiero na stole sekcyjnym wykrywamy. Co do wieku zaś dziecka, wiadomą jest rzeczą, iż mózg noworodków nie jest albo przynajmniéj nie ma być jeszcze zupełnie wykształconym, że większa część półkul mózgowych nie posiada jeszcze zorganizowanéj istoty rdzeniowéj, potrzebnéj dla zizolowania włókna osiowego i że rozwój téjże stwierdzono dopiero z końcem drugiego roku życia, sprawy chorobowe w półkulach mózgowych mogą przebiegać bez wszelkich objawów ogniskowych a tylko zmiany w rdzeniu przedłużonym, móżdżku, szypułkach mózgowych, wzgórzu czworaczém, wzgórzu nerwu wzrokowego i torebce wewnętrznéj wywołują objawy miejscowe, poczém też się łatwiéj rozpoznać dają. Z drugiéj strony możebną jest w wieku dziecięcym, póki mózg znajduje się w okresie rozwijania, pewna zastępczość jednéj półkuli za drugą, to jest, że ośrodki jednéj półkuli mogą objąć w zupełności czynności ośrodków półkuli drugiéj, jeżeli takowe ulegają zniszczeniu. W tych razach, jak doświadczenia poczynione na zwierzętach uczą, następuje przerost ogólny pozostałéj półkuli, jéj rozwój lepszy, tak iż ośrodki w półkuli téj zawarte, działają zarówno dla obydwu połów ciała. Jeżeli zatém dziecko jakieś, które zapadło na chorobę mózgu lub opon mózgowych z współudziałem mózgu, przybędzie do szpitala w okresie już późnym choroby, często dla cierpienia zupełnie innego, po ustąpieniu objawów ogólnych, wspólnych zresztą wszystkim chorobom mózgu, to może ono nie okazywać żadnych objawów ogniskowych, jak porażeń, zniesienia czucia, upośledzenia zmysłów już to dlatego że 1) zajęte były chorobą części wyż wspomniane jeszcze nie rozwinięte, nie dające zatém objawów miejscowych, już to 2) że w obec chorobowych zmian części już u noworodka więcéj rozwiniętych, czynności zajętych ośrodków objęły zastępczo ośrodki półkuli przeciwnéj, lub też nakoniec, że 3) zajętemi są części mózgu, których przeznaczenie i czynności w ogóle dotychczas są nieznane, jak np. półkule móżdżka i przednie i tylne części odnóżek móżdżkowych. Zdarzyć się też może, że oddaném będzie w opiekę lekarską dziecię już starsze, z jakąkolwiek chorobą, u którego jednak choroba mózgu (przypuśćmy nowotwór) rozpoczęła się jeszcze dawniéj w wieku młodym, obierając sobie za siedzibę miejsce jeszcze wówczas niezupełnie rozwinięte, niedając żadnych objawów ogniskowych. Natenczas przy powolnym wzroście nowotworu mózg w zupełności doń zaakomodować się może a zatém braknie objawów, po którychby obecność guza rozpoznać było można, i dopiero jeżeli dziecko umrze już to skutkiem przystępującego w końcu zapalenia opon, lub też w skutek choroby jakiéj innego narządu, wykaże sekcyja obecność guzów w miejscu, w którém się go najmiéj spodziewano. Podobne przypadki zdarzają się dość często, jak to literatura uczy, a tylko w ten sposób wytłumaczyć sobie możemy przypadki, w których za życia objawów nie było, a sekcyja wykazała obecność guzów w miejscach, których zniszczenie sprawia zazwyczaj najwybitniejsze zniesienie różnorodnych czynności.

Co do przypadów ogólnych, to z powodu żywszéj w ogólności zamiany pierwiastków w mózgu, większéj obfitości w krew, większéj względnie szerokości światła tętnic mózgowych w stosunku do serca z powodu mniejszego udoskonalenia układu nerwów zwalniających ruchy serca, będą one w pierwszym wieku dziecięcym podobne czy to w zwykłém prędko mijającém przekrwieniu, czy też w zapaleniu gwałtowném czy w zakrzepicy nawet, bo w każdym z powyżéj przytoczonych przypadków wystąpić może bezprzytomność, wymioty, drgawki, porażenia, a przypady te nie dają możliwości ścisłego rozpoznania i dopiero przebieg dalszy o jakości cierpienia pouczyć nas może.

Przypuszczam zatém, że wątpliwości i braki nasze rozpoznawcze dostatecznie są wytłumaczone, a że to nietylko nam się przydało, wie każdy, kto z kazuistyką chorób mózgu nieco jest obeznany. Przystępujemy teraz do omówienia poszczególnych postaci chorobowych w porządku tabelą oznaczonym.

A. Niedokrewność mózgu i opon mózgowych.

Jakkolwiek rozróżnienie postaci niedokrewności mózgu czynnéj (tj. powstałéj na podstawie utrudnionego dopływu krwi tętniczéj, czy to skutkiem kurczu naczyń, czy to w obec zastoin żylnych), i niedokrewności mózgu biernéj (skutkiem utraty krwi całego organizmu, lub w następstwie choleryny itp.) ze stanowiska teoretycznego jest zupełnie słuszném rozróżnienie to jednakże może mieć znaczenie tylko przy zastósowaniu środków leczniczych, gdyż obraz chorobowy czy jednéj lub drugiéj postaci jednakowo się przedstawia. Powiedzieć nawet można, iż przypuszczenie w ogóle niedokrewności mózgu jako choroby samoistnéj, *sui generis*, i opisywanie przypadków jéj, przebiegu, rokowania itd. jest właściwie czemś bardzo dowolném, gdyż niedokrewność mózgu bardzo często idzie w parze z przekrwieniem i to nietylko biernem, a przypady bywają wspólne obydwu tym stanom. Gdybyśmy niedokrewność mózgu uważać chcieli zawsze jako chorobę samoistną, pierwotną, to policzyć byśmy tu musieli wszystkie albo co najmniéj większość przypadków drgawek, daléj przypadki omdlenia, polegające przecież także na chwilowéj niedokrewności mózgu, zwłaszcza u ozdrowieńców, następnie wszystkie przypadki silnych biegunek u małych dzieci, u których z pewnością mózg mniéj krwi zawiera niż w stanie prawidłowym, wreszcie wszystkie przypadki, w których sekcyja wykazała większą bladość istoty mózgowéj, choć za życia wcale żadnego przypadu niedokrewności nie stwierdzono. Możemy zatém tylko wtedy mówić na pewno, iż w danym przypadku istniała niedokrewność mózgu, jeżeli za życia zauważono przypady, które tylko do tego stanu odnieść się dały a sekcyja wykazała wysoki stopień niedokrewności mózgu. Przypadek taki jeden tylko zauważyliśmy a mianowicie:

u Marcina Kręcina, chłopca 8letniego, miernie odży-

wionego, przyjętego do szpitala 20 lutego 1880 z objawami przebytego zapalenia płuca lewego i wysiękiem opłucnowym sięgającym aż do kąta łopatki. Chłopiec dobrze zbudowany nie gorączkuje a prócz bladości skóry i błon śluzowych i obrzęku śledziony nie okazuje zmian narządów przedmiotowo wykazać się dających. W ciągu dalszéj obserwacyi zauważono tylko bezłakność, stałe utrzymywanie się wysięku przez czas jakiś i nieregularne podwyższenia ciepłoty wieczornéj a w dniach 13, 14, 15 marca wymioty kilkakrotne w ciągu dnia treścią trawiasto-zieloną, ból głowy znaczny, apatyję zupełną, śpiączkę, rozszerzenie źrenic, zwłaszcza lewéj, tętno bardzo nikłe, zapad ogólny, ciepłotę najwyżéj wieczorem do 35·8 dochodzącą i bardzo rzadkie oddawanie moczu, podczas gdy badanie wykazało znaczne wypełnienie pęcherza. Przytomność niepewna, drgawek ani porażeń nie było. Dopiero po zastósowaniu środków pobudzających, głównie wina, stan ten minął, chory jednak żalił się wciąż na ból głowy. 25/3 c. r. 40· 1, wypieki, kaszel krótki suchy; badanie przedmiotowe wykazuje zapalenie płuca lewego z tyłu aż po sam szczyt. 30/3 umarł o godzinie 4 popołudniu.

Sekcyja wykonana 31 marca wykazała: *Pleuropneumonia crouposa sinistra, oedema acutum pulmonis dextri. Degeneratio adiposa cordis, renum et hepatis, tumorlienis chronicus*; *hyperplasia agminum Peyeri et glandularum mesaraicarum. Anaemia summa cerebri.*

Objawy zatém mózgowe spostrzeżone w dniach 13, 14 i 15 marca dają się bardzo łatwo odnieść do niedokrewności mózgu, na powstanie któréj wiele składało się momentów: osłabienie całego organizmu po przebytém pierwszém zapaleniu płuca, ucisk wysięku, utrudnienie odpływu krwi żylnéj z czaszki, upośledzona czynność serca częścią w skutek stłuszczenia mięśnia, częścią w skutek ugniotu wysięku opłucnowego i płuca zapalnego na samoż serce i upośledzone odżywienie skutkiem zupełnéj bezłakności.

Niezwykłym objawem było obniżenie ciepłoty przez dni 3 subnormalnéj i stan porażenny wypieracza moczu. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z drugiéj seryi posiedzeń w sprawie cholery odbytych w Państwowym Urzędzie Zdrowia w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Forteca William należała dawniéj do miejscowości, które najgwałtowniéj cholera nawiedzała, w okresie czasu od 1850—1860 śmiertelność wynosiła 10 p. m., dziś zdarzają się zaledwo pojedyncze przypadki odosobnione. Koch już dawniéj przypisywał przyczynę tego zaprowadzeniu wodociągów, ale przeciw zapatrywaniu temu podniesiono takie same zarzuty, jak co do miasta Kalkuty, mianowicie że przyczyn ochrony od cholery dopatrywać potrzeba w innych ulepszeniach sanitarnych, Pettenkofer poszedł nawet daléj, twierdząc, że Koch nie dowiedział się prawdy. Koch protestuje przeciw temu podając, że opierał swe zapatrywania nie tylko na podaniach ale i na własnych spostrzeżeniach. W dalszym ciągu swego wywodu wykazuje Koch, że poprawa kanalizacyi fortecy William na cholerę wpłynąć nie mogła, szczególne bowiem stosunki téj fortecy są powodem, że tam poprawa zaopatrzenia w wodę tak wielką gra rolę, nie idzie zaś zatém aby i gdzieindziéj tak się rzeczy miały. Kalkuta i forteca William nie są jedynemi miejscowościami, w których po zaprowadzeniu wodociągów pojawiło się zmniejszenie się cholery, jako takie przytacza Koch Bombay, Madras, Nagpore, Pondichery a w końcu zwraca uwagę na Kairo i Aleksandryję, okazując graficzne przedstawienie epidemij w r. 1865 i 1883 w każdém z tych miast. W r. 1865 oba miasta nawiedziła gwałtowna epidemija. Późniéj oba zaopatrzone zostały wodociągami. Epidemija w r. 1883 była w Aleksandryi bardzo łagodną, gdy w Kairze co do nasilenia zupełnie równała się epidemii z r. 1865. Cóż zatém pomogły wodociągi w Kairze? Na pytanie to odpowiada Koch, iż niewątpliwie byłyby pomogły, gdyby były lepszemi. Są one bardzo nieodpowiedniemi, nic więc dziwnego, że zamiast wpłynąć na zmniejszenie się cholery można je uważać za sprzyjające jéj czynniki. Przykład ten poucza więc, że nie wystarczają w tym kierunku wodociągi, ale muszą być dobre wodociągi.

Z kolei zabiera głos Günther celem omówienia zachowania się cholery do lekarzy w Saksonii. W epidemii 1873 r. zdarzyło się w 52 miejscowościach 365 przypadków śmierci, z 50 lekarzy żaden nie umarł, 3 lekko zachorowało. W 1866 w obwodzie Zwikau, w którym zmarło 2.638 osób, w 118 miejscowościach, z 150 lekarzy żaden nie umarł. W r. 1865 w 25 miejscowościach zmarło 465 osób, żaden lekarz nie zapadł i nie umarł. Co do pielęgnujących to w r. 1873 z 40 mężczyzn i kobiet nikt nie zapadł, gdy w r. 1865 zmarło 7 mężczyzn i 4 kobiet a z pośród osób trudniących się w r. 1873 przewozem i dezinfekcyją zmarło 2. Z 50 grabarzy żaden nie umarł, a w r. 1866 na 112 jeden. W porównaniu z innemi zawodami, co do których znamy liczbę zajętych osób, to stosunek jest bardzo korzystnym. Co do praczek bielizny po zmarłych rzecz się miała różnie. W r. 1873 z 50 praczek żadna nie zapadła ani nie umarła, w latach 1865 i 1866 stosunki były niekorzystniejsze, ale Günther przypisuje to nieodpowiedniemu zwyczajowi dłuższego przechowywania ubrania przed praniem. W r. 1865 z 25 umarło 4=16%. W r. 1866 z 112 zmarło 14=12½%. Co do wpływu gruntu powiada Günther, iż uważał, że miejscowości na gruncie iłowatym, zbitym, mniéj podlegały niż miejscowości na przepuszczalnym grubym żwirze. Co do ciepłoty gruntu to zauważył w r. 1873, iż szczyt epidemii w Dreźnie schodził się z ciepłotą gruntu w głębokości jednego metra.

Na poczynione w poprzednich przemówieniach Kocha i Günthera zarzuty, odpowiada Pettenkofer, odwołując się do swéj niedawno drukiem ogłoszonéj pracy: *Die Cholera* (w czasopiśmie Nord u. Süd 1884, z. 91 i 92), obstaje przy tém, że Koch nie dowiedział się prawdy a to z tego powodu, że podający mu sami dokładnych dat nie znali a jeżeli Koch poddał fortecę William dokładnemu badaniu, to nie znał stanu jéj poprzedniego. Jeneralny lekarz Dr. Renzy, do którego się odwołuje Gafky, zdaje się, że sam krótko był w Kalkucie i w fortecy William, gdy znawcy, którzy tam czas dłuższy przebywali, odmiennie się wyrażają, np. Mouat, którego list do redakcyi Lancetu Pettenkoffer odczytuje. Z listu tego wynika, iż w William nie można wykluczyć wszystkich możliwości prócz wody, że nie można więc uważać Williamu za odpowiedni przykład. Pettenkofer rozbiera obszernie zapatrywania Dra de Renzy, zapuszczając się w szczegóły, a z tego powodu ta część jego wywodów nie nadaje się do wyciągu. Główny dowód przemawiający przeciw przyjęciu teoryi co do wpływu wody do picia stanowi zależność epidemii cholery od pór roku tak w Indyjach jak po za niemi. Pojedyncze przypadki cholery zdarzają się w każdéj porze roku, nawet epidemije miejscowe, a skoro wybuchnie jaka epidemija czy to w lecie czy w zimie, to ponieważ nigdy nie jest

trudno o przypadki cholery wyprzedzające epidemiję, można przypuszczać, że ślad stolca cholery mógł się dostać do wody do picia. Z epidemijologicznego stanowiska wypada jednakjeszcze dochodzić, czy można wodę do picia miejscowe czasowe usposobienie. Ilekroć takie dochodzenie czyniono okazała się teoryja co do wpływu wody do picia nie do przyjęcia. Wielu lekarzy indyjskich wykazało, iż tak się rzeczy mają, a między innemi także Cuningham co do Kalkuty. Tablice statystyczne dotyczące śmiertelności okazują, że tam i dziś jak dawniéj najwyższą bywa śmiertelność w porze gorącéj i suchéj a najmniejszą w porze deszczowéj. Chorzy na cholerę znajdują się zawsze a z ich wypróżnień właśnie w porze deszczu najłatwiéj dostać się może nieco do wody do picia, gdy cholera najwięcéj zdarza się w porze najsuchszéj, w któréj prątki przecinkowe przez wyschnięcie w wielkiéj liczbie giną.—Z tablic tych wynika daléj, że cholera zachowuje się równo w mieście samém i na przedmieściach, trudno więc przypuścić, aby do wody filtrowanéj i do zbiorników dostawały się zawsze równe ilości stolców cholerycznych.—Zachodzi tylko różnica, iż w mieście cholera jest mniéj zabójczą, Pettenkofer tłumaczy to stosunkami zamożności mieszkańców. Cuningham zwraca uwagę, że cholera zmniejszyła się w skutek kilku sanitarnych ulepszeń a nie jedynie skutkiem wodociągów, ale mimo to zdarzają się wahania a czasem dosięgają epidemije wysokości dawniejszéj.

Porównywając przebieg cholery w Kalkucie, na przedmieściach téjże i w niedaleko położonym Hourah, widzimy, że najlepiéj dzieje się w Kalkucie, gorzéj w Hourach a najgorzéj na przedmieściach Kalkuty. Wszystko to okazuje niezawisłość cholery od wody, lecz zależność jéj od innych czynników. (C. d. n.)

E. Wagner: **Niektóre komplikacyje duru brzusznego.**

I. Choroby podniebienia miękkiego W. obserwował w durze bardzo często. Najczęściéj bywa zwykła *angina cath.*, trwająca przez 1szy tydzień, a niekiedy sam dur wyprzedzająca. Z 255 obserwowanych przez Hoffmana przypadków 28 zaczęło się od anginy. W niektórych razach *angina cath.* przechodzi w cięższe formy, a Ziemssen podaje nawet przypadek, gdzie w skutek *angina cath.* przyszło do zgorzeli języczka. Inne formy zapaleń są już o wiele rzadsze, jak np. angina kachektyczna (*angine pultacée*). Polega ona na zaczerwienieniu z białemi plamkami lub jednostajném białém zabarwieniu i nierównéj powierzchni podniebienia i migdałków. Anatomicznie cechuje się pęcznieniem przybłonka i łuszczeniem się. Ta forma często zdarza się w najwyższym okresie duru. Postać pęcherzykowa jest bardzo rzadka. Pęcherzyki pękają pozostawiając po sobie małe wrzodziki. Forma zaś jamista lub mieszkowata (*lacunäre s. foliculäre*) rzadko zjawia się w początkach tyfusu. Postać krupowa i dyfterytyczna zdarza się tylko na szczycie duru, albo już pod sam koniec, i powstaje prawdopodobnie przez zarażenie się podczas panującéj epidemii. W. zauważył, że chorzy na dur odznaczają się szczególną skłonnością do dyfteryi co i Oulmont potwierdza. Właściwa durowa angina *(angine typhique ulcéreuse)* jest rzadką formą. W. 3 tylko przypadki obserwował. W początku duru znajduje się na podniebieniu kilka małych okrągłych albo owalnych, szarobiałych wrzodzików wielkości soczewicy o otoczeniu nie bardzo zaczerwienioném i nieznacznie obrzmiałém. Masę pokrywającą te wrzodziki daje się łatwo zdjąć, a mikroskopowe badanie wykazuje mnóstwo przybłonka, ciałek białych i mikroorganizmów. Migdałki są normalne, albo nieznacznie obrzmiałe, ale zawsze są wolne od wrzodzików. Wrzodziki takie w przeciągu tygodnia zwykle zaczynają się zabliźniać i nie pozostawiają blizn, a rzadko kiedy dążą w głąb i zlewają się z sobą.

II. *Nephrotyphus* — kombinacyja duru brzusznego z ostrą chorobą Brighta. W. podaje kilka przypadków obserwowanych przez siebie, gdzie bezsprzecznie były objawy duru brzusznego i ostrego *Morb. Brightii* z charakterystyczną temperaturą, meteoryzmem, obrzmieniem śledziony, biegunką i różyczką, obok skąpéj ilości moczu, znacznéj ilości białka i licznych części morfotycznych, a nawet w jednym przypadku był obrzęk na twarzy i odnogach dolnych. Tak samo jak i zwykły dur brzuszny może się rozpoczynać *nephrotyphus* od dreszczów, bólu głowy, ogólnego osłabienia, silnego zajęcia sensoryjum, a często i krwotoków z nosa. Na trwanie duru zdaje się nie mieć wpływu, różnice zaś w przebiegu są nieznaczne, często tylko tętno silnie jest przyspieszone i brak dwubitności. Z pięciu przypadków żaden śmiercią się nie skończył.

III. W. podaje przypadek, w którym obok duru było ostre zapalenie stawów, a w końcu i ostre zap. otrzewny na *colon ascendens*, niemające związku z wrzodami durowemi. Sekcyja najzupełniéj stwierdziła rozpoznanie. W kilku zaś innych przypadkach W. wahał się w rozpoznaniu duru lub ostrego zapalenia stawów, aż wreszcie po kilku dniach wystąpiły wyraźniejsze objawy ostrego zapalenia stawów i wyzdrowienie po zażyciu kw. salicylowego. Początek choroby był podobny do duru, dopiero po tygodniu wystąpiło obrzmienie stawów. Obok tego znajdował obrzęk śledziony, lekki meteorismus, język suchy, drżący, często biegunkę. Ciepłota rano normalna, wieczorem 39—40°. Tętno 80—70 —60 uderzeń, niewyraźnie dwubitne. Powikłania ze strony serca brak, trwanie 2—3 tygodni, najczęściéj wyzdrowienie

IV. Kombinacyja duru ze skłonnością do krwotoków. W. rozróżnia w durze 3 formy krwotoków. 1) Krwotoki z nosa w początku choroby, uważane przez niektórych jako następstwo nawału do głowy i przekrwienia mózgowego. 2) Dość częste krwotoki ze zranionych miejsc na wargach, języku, podniebieniu, a przedewszystkiém w jelitach. Nawet po śmierci nie można wykryć pewnéj przyczyny tych krwotoków. Część takich chorych umiera zazwyczaj z zapalenia otrzewny w skutek przedziurawienia jelita. 3) Daléj występują krwotoki do rozmaitych tkanek i organów, czy to w postaci *purpura haemorrhagica*, czy to jako objawy gnilne, a nieraz i śród objawów zupełnie odmiennych. Najczęstsze krwotoki bywały z dziąseł, warg, nosa, nerek i jelit, u jednego zaś przy sekcyi znaleziono wynaczynienie we wszystkich organach. Dodać jeszcze należy to, że w niektórych przypadkach współcześnie występowały zapalenia zgorzelinowe skóry. Krwotok pojawiał się 20 lub 23 dnia choroby, czasem jednak już 10 dnia. Po znacznych krwotokach powstawała w kilku dniach silna niedokrewność, a w niektórych przypadkach w następstwie i śmierć.

Kombinacyja skłonności krwotokowéj z durem jest dość rzadką. Co do etyjologii nic się nie daje wykryć, bo chorzy przedtém ani nie przechodzili gnilca, ani też podlegali chronicznemu zatruciu wyskokowemu, i owszem wszyscy byli dotąd zdrowi i dopiero wraz z durem krowotoki te wystąpiły. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, t. 37). *Dr. J. S.*

Prof. Schreiber: **Sztuczna albuminuryja.**

S. podaje szereg doświadczeń, które wykonał w pracowni kliniki lekarskiéj w Królewcu nad sztuczném wywo-

łaniem białkomoczu u zdrowych przez ucisk na klatkę piersiową. Doświadczenie polega na têm, że za pomocą 2 pelot stosowanych do klatki piersiowéj a odpowiednio połączonych z sobą śrubkami, wywiera się jedno- lub obustronny ucisk na klatkę piersiową. Ucisk może być rozmaitéj siły, stosownie do osoby, poza pewne jednak granice nie powinien przechodzić, a miarą jest zwykle podmiotowe uczucie osoby badanéj. Najlepiéj używać do tego osób młodych między 10—20 rokiem. Przy doświadczeniu osoby takie nie czują duszności, sinicy nie ma. Tętno oraz oddech, cokolwiek cięższy niż przedtém, są nieznacznie przyspieszone. Ucisk trwał od 1 min. 10 sek. do 2 godzin, w tym ostatnim przypadku nie łatwym jest do zniesienia. Nim się doświadczenie rozpoczyna, mocz wypuszcza się i dokładnie bada, po doświadczeniu znowu poddaje się badaniu. Zatrzymania moczu po takich doświadczeniach S. nie spostrzegał. Ponieważ u młodych osób mocz fizyjologicznie posiada ślady białka w różnych porach dnia, dla tego więc tam, gdzie trochę więcéj białka w moczu się pokazywało, tych osób do doświadczeń nie używał. Ilość białka wydzielonego po doświadczeniu bywała nieraz bardzo mała, nieraz zaś dochodziła do 18·7 pr. m., a zatém w takiéj sztucznéj albuminuryi więcéj bywa wydzielonego białka niż w jakichkolwiek chorobach nerek. Według Bartelsa w nerce zastoinowéj i cholerze bywa 2 pr. m., w innych zaś chorobach nerek 3—5 pr. m., podczas gdy w sztucznéj albuminuryi bywało nieraz 6—18 pr. m.. W skutek ucisku ilość wydzielonego moczu i ciężar gatunkowy nieznacznie i nie zawsze się zmniejszają. Oddziaływanie kwaśne, obojętne lub alkaliczne, niekiedy zaś znajdowano wałeczki hyalinowe bardzo skąpo. Co do gatunku białka badanie chemiczne wykazało, że wydzielina jest złożoną z serumalbuminu, globulinu i peptonu. Albuminuryja trwała 1 do 3—4 godzin, tylko w jednym przypadku po 13 godzinach jeszcze białko znaleziono. Żadnych złych skutków z doświadczeń takich S. nie spostrzegał. S. stanowczo twierdzi, że albuminuryja sztuczna powstaje w skutek ucisku wywartego na klatkę piersiową. W rozmaitych chorobach płuc, gdzie znaczna była duszność, nie spostrzegał nigdy albuminuryi. Na poparcie swego twierdzenia S. przytacza jeszcze i ten szczegół, że im więcéj klatka piersiowa daje się ucisnąć, tém więcéj i białka mamy w moczu, jak to obserwował na osobach młodych (9—11·7 pr. m.), gdy przeciwnie u osób starszych z niepodatną klatką piersiową lub u osób z rozedmą płucną albo wcale białko się w moczu nie pokazuje lub téż bardzo malo. Jednostronny ucisk klatki nie prowadzi do sztucznéj albuminuryi, ponieważ podczas ucisku jednéj strony klatki następuje zupełna kompensacyja z drugiéj strony i warunki krążenia stają się znowu normalnemi. Tam zaś, gdzie w skutek spraw chorobowych w drugiém płucu nie może nastąpić kompensacyja, tam i po ucisku jednostronnym powstaje sztuczna albuminuryja. A że tak jest w rzeczywistości, przekonywa nas jeszcze jeden fakt, że w przypadkach, gdzie jedno płuco jest znacznie chorobowo zmienione, ucisk téj strony klatki piersiowéj nie wywołuje albuminuryi. Jestto więc przez ucisk wywołane zaburzenie w małém krążeniu, a zaburzenie to nader prędko udziela się i nerkom. *(Arch. f. exp. Path. u. Ther.*, t. XIX). *Dr. J. S.*

Dr. H. Pacanowski: **O peptonuryi w znaczeniu klinicznêm.**

Dokładne sposoby wykazania peptonów w moczu podał Hofmeister. W klinicznych celach zastosował te sposoby najpierw Maixner i wywołał swoją rozprawą szereg prac w tym kierunku. Wykazał on, że pojawienie się peptonów w moczu oznacza obecność ropienia i rozpadu białka w organizmie. Jaksch potwierdził podanie M., tylko nie znalazł ani razu peptonuryi w chorobach zakaźnych ostrych. Poehl (1882) znalazł peptonuryję w końcowych okresach zapaleń i utrzymuje, że każdy mocz kwaśny, zawierający białko, zawiera także pepton; mocz obojętny lub zasadowy albo wcale nie zawiera białka, albo nieznaczną ilość. Odwrotnie w moczu kwaśnym bezbiałkowym ale zawierającym pepton pojawia się białko, skoro mocz stanie się obojętnym lub zasadowym. Fenomenow, który równocześnie z Jakschem znalazł peptonuryję w tych samych co Maixner przypadkach, zwraca uwagę na powstawanie peptonów z białka; wskazał również, że morfologiczne składniki moczu (ropa, krew, przyblonki) wywierają na mocz kwaśny białkowy działanie zaczynowe (fermentacyjne). Mianowicie jeżeli kwaśny mocz białkowy zawiera znaczną ich ilość, to w moczu pojawia się pepton. W ten sposób tłumaczy się wydzielanie wałeczków moczowych, które w cewkach tkwią silnie i wtedy tylko odchodzą, jeżeli na powierzchni zostaną nadtrawione, t. j. speptonizowane.

Zestawiwszy prace i niezgodne zapatrywania innych autorów, przystępuje P. do opisania własnych badań i doświadczeń w tym kierunku przedsiębranych i dokonanych w klinice prof. Lambla w Warszawie. W doświadczeniach trzymał się w zasadzie wskazówek Hofmeistra, lecz podaje także niektóre własne poprawki co do sposobów wykazania peptonów, co pomijamy, albowiem należałoby przedstawić i pierwotny sposób Hofmeistra, na co w sprawozdaniu miejsca nie ma. Badania P. odnoszą się do 211 chorób i 810 rozbiorów moczu. Peptony znalazły się w 94 przypadkach, których wyszczególnienie byłoby również nie bez pożytku. Ograniczamy się jednak tylko do zestawienia wyników badań P. i wniosków z nich wysnutych.

Bacząc na przypadki, w których znaleziono w moczu peptony, rozróżnia autor **peptonuryję ostrą i przewlekłą.** Ostra obejmuje różne przypadki zapaleń, względnie ropień, tudzież choroby ostre zakaźne; przewlekłą objęte będą przypadki raków, suchot płucnych i niektóre choroby wątroby.

1. Peptonuryja ostra. Pacanowskiego poszukiwania dają wyniki ze wszystkiém zgodne z podaniami Maixnera i Jakscha. Znalazł ją mianowicie w okresie rozdzielenia w gośćcu stawowym, zapaleniu płuc włóknikowém, ropném zapaleniu opłucny, zapaleniu gardła, tkanki łącznéj około jelita ślepego, okołomacicznêm i gruczołu przyusznego. Nadto wzbogaca kazuistykę trzema przypadkami róży. Między ostremi chorobami zakaźnemi zajmuje się przedewszystkiém durem brzusznym, co do którego podania nie były dostateczne i zgodne. Podczas gdy M. w durze brzusznym znalazł peptonuryję, nie wykazał jéj Jaksch ani w durze, ani w innych chorobach zakaźnych. P. stara się wyjaśnić różnicę tém przypuszczeniem, że J. badał mocz w czasie wysokiéj i ciągłéj gorączki. P. miał sposobność zajęcia się głębszego tą sprawą w czasie epidemii w Warszawie. W badaniach starał się odpowiedzieć na następujące pytania: 1) Czy peptonuryja znajduje się w durze, czy nie i w jakim okresie choroby; 2) czy się równo zdarza w ciężkich jak i łagodnych przypadkach; 3) jak zachowuje się peptonuryja w przypadkach śmiertelnych; 4) w recydywach; 5) wpływ powikłań na peptonuryję; 6) czy peptonuryja ma w durze i innych chorobach znaczenie pro- lub dyjagnostyczne; 7) jakie jest najprawdopodobniejsze tłumaczenie peptonuryi.

Pojawienie się peptonuryi w durze uważa P. za dość stałe. Z badań jego nad durem wynika, że pojawienie się jéj zbiega się zazwyczaj z okresem obniżenia się gorączki, albo występuje kilka dni przedtém; można ją tedy odnieść do poczynającego się polepszenia choroby. U chorych badanych przez autora rozprawy pojawiała się peptonuryja w okresach końcowych tak ciężkich, jak i lekkich przypadków, wybitniéj w ostatnich. Dopóki trwała gorączka nie można było znaleźć peptonów. Tak samo nie było ich w przypadkach śmiertelnych, jeżeli nie były powikłane z ropieniami. Co się tyczy innych chorób zakaźnych, to chwila zjawienia się peptonuryi odpowiada stosunkom w durze. Autor zwalcza następnie zapatrywania Maixnera na występowanie peptonuryi. Według M. ma ono być wynikiem podobnych czynników, jak stłuszczenie w zatruciu fosforowém, t. j. niedostatecznego utleniania ciał białkowatych, które w skutek tego nie przechodzą w mocznik i kwas moczowy, lecz pozostają na niższym stopniu utlenienia. Autor zaś stawia sprawę w jelitach w durze brzusznym na równi z zapaleniami i ropieniami. W okresie zdrowienia, jak wiadomo, podgajają się na powierzchni wrzody durowe, podczas gdy nacieki na dnie wrzodów ulegają wessaniu. Że peptonuryi nie ma w okresie największego nasilenia duru, to przyczynę tego widzi w tém, iż tu braknie warunków i czasu do wessania, gdyż szczątki rozpadowe odchodzą szybko ze stolcami. Dla tego téż w zapaleniach, w których części rozpadowe, znajdując się w miejscach zamkniętych, mogą być usunięte tylko przez wessanie, jak w zapaleniu okołomacicznẽm, gośćcu stawowym i zapaleniach miąższowych, pojawiają się peptony. W zgodzie ze swoją teoryją znalazł P. peptonuryję w przypadkach płonicy, w których było zapalenie gardła i gruczołów szyjnych; w ospie w okresie zasychania krost, w zimnicy w czasie zmniejszenia śledziony przy używaniu chininu. Natomiast nie było peptonuryi we wszystkich czystych przypadkach odry.

2. Peptonuryja przewlekła. Peptonuryja przewlekła obejmuje przypadki suchot płucnych, zapalenia płuc przewlekłe i raki. Peptonuryja znajdowała się we wczesnych okresach suchot płucnych, gdzie sprawa nie była jeszcze rozległa i gdzie nie było rozpadu i jam. W razie obecności jam w płucach i owrzodzeń jelit nie udało się autorowi nigdy wykazać peptonuryi, nawet mimo wysokiéj gorączki. Wyjaśnia to P. w ten sposób, że dopóki istnieje tylko naciek a drożność naczyń krwionośnych i limfatycznych jest utrzymana, to nie braknie warunków wessania rozpadowych części; przeciwnie przy wytworzeniu jam, gdy naczynia staną się niedrożnemi, wessanie staje się utrudnione; oprócz tego peptony wydalają się wraz z plwocinami przez odkrztuszanie.

Obecność peptonów w raku tłumaczy autor inaczéj niż Maixner, który badał tylko raki żołądka, i przypuszcza wessanie peptonów, powstałych z pokarmów przez owrzodziałą ścianę żołądka (*enterogene Peptonurie*). Według P. zaś ulegają wessaniu rozpadłe tkanki, zajęte przez raka. Charakterystyczne i stałe występowanie peptonuryi w raku wątroby i innych jéj chorobach skłania autora do przypisywania wątrobie pewnego udziału w przerabianiu peptonów (*hepatogene Peptonurie*). I przytacza na udowodnienie tego doświadczenia Plósza i Gyergyeia wykonywane na psach. Badali oni po wprowadzeniu peptonu do żołądka krew z różnych okolic ciała pochodzącą i przekonali się, że żyły krezkowe zawierają najwięcéj peptonu, wątroba mniéj, a żyła wątrobowa i tętnica szyjna (*carotis*) tylko ślady. Z tego wniosek, że wątroba przerabia daléj peptony. Seegen udowodnił twierdzenie Plósza i Gyergyeia odmiennym sposobem. Mianowicie wycinał kawałki wątroby zwierząt świeżo zabitych i trzymał w zetknięciu z peptonem. Z peptonu powstał cukier i inne wodniki węgla. Według S. zawiera wątroba zwierząt żywionych peptonem 50—200% więcéj cukru niż zwykle. Dla tego wątroba ma być jednym z najważniejszych narządów peptony przerabiających. W takim razie, wnioskuje daléj Pacanowski, jeżeli wątroba dotknięta jest jaką chorobą, odpada ta czynność wątroby w mniejszym lub większym stopniu, peptony przechodzą przez wątrobę bez zmiany, dostają się do głównego obiegu krwi i ukazują się w moczu. Z innych chorób wątroby, jak przypuszcza autor, bo nie badał odpowiednich przypadków, znajdować się będą peptony także w ostrém zatruciu fosforowém i ostrym zaniku wątroby. (*Zeitschrift f. klin. Med.*, t. IX, z. 5). *S. Świerz.*

Wiadomości pomniejsze.

○ **Salicylan sodowy użyty zewnętrznie.** Dr. Cagnoli wspomina, iż lecząc małego chłopca na gościec, u którego salicylan wewnętrznie użyty sprawiał zaburzenia, uciekł się do okładów z 10% rozczynem salicylanu sodowego, pokrywanych ceratą, na stawy najsilniéj zajęte. Dnia następnego ból i obrzmienie znikły a władza poruszania powróciła, gdy stawy, na które leczenia tego nie zastósowano, pozostały zupełnie w tym stanie, co były dnia poprzedniego. Doznały one następnie ulgi po zastósowaniu powyższego leczenia. (*Moniteur thérapeutique*).

○ **Działanie digitaliny, kofeinu i chininu na serce.** Wbrew podaniom Schmiedeberga i innych, Talma i Van de Weyde sądzą, iż digitalina sprawia rozszerzenie tętnic obwodowych. Skutek ten ma nastawać bez współudziału ośrodków nerwowych tak u zwierząt ciepłokrwistych jak i zimnokrwistych. Mimo to autorowie ci przyznają, iż digitalina w skutek bezpośredniego wpływu na serce uspokaja zaburzenia w krążeniu. W sercu żaby, którego czynność przytłumiono winianem antymonowym, pod wpływem digitaliny nastało przedłużenie skurczów, gdy równocześnie rozkurcze stały się krótszemi. Chinin sprawia przeciwny skutek, ciśnienie wewnętrzne zmniejsza się z powodu, iż uderzenia serca słabną tak co do częstości jak i siły, gdy pauzy się przedłużają a na naczyniach obwodowych wpływ się nie odbija. Autorowie sądzą, że digitalina jest antydotem chininu. Wnoszą oni ze swych doświadczeń, iż amonijak nie wpływa korzystnie na serce przytłumione przez chinin, chociaż napotkano przeciwny skutek w sercu antymonem przytłumioném. U starców wzmiankowani autorowie znaleźli, że amonijak jest bodźcem dla serca rozszerzonego, gdy digitalina zawiodła. Niektóre doświadczenia na żabach okazały, iż kofein w dużych dawkach może serce wstrzymać w okresie skurczu, w małych dawkach wzmacnia skurcz komórek i zwiększa trwanie jego.—Kofein jest w mniejszym stopniu niż digitalina antydotem chininu co do wpływu jego na serce. Podobnie jak amonijak a lepiéj niż digitalina kofein może wywołać skurcze w sercu sparaliżowaném przez winian antymonowy. Ogólny wniosek jest ten, iż w niektórych przypadkach rozszerzenia serca digitalina jest użyteczną, w innych lepszemi są amonijak i kofein, gdy w innych żaden z tych środków nie oddaje usług. (*The Lancet* 1885, II, Nr. 10).

Ω Vachette poleca do wstrzykiwań **w ostréj i przewlekłéj niedokrewności białkan żelazowy.** Autor robił wstrzykiwania psom dla doświadczenia w *cavum peritonei* z 2 grm. białkanu żelazowego w 5 litrach wody. Nigdy nie następowało zadrażnienie otrzewny, a wessanie całkowite cieczy szybko następowało. Badanie krwi już wkrótce po wstrzyknięciu wykazywało zwiększoną ilość hemoglobiny. Autor uważa rękoczyn ten

za zupełnie nieszkodliwy, i za w skutkach swych pewny i zachęca dla tego do robienia doświadczeń ze wstrzykiwaniami białkanu żelazowego do jamy otrzewnowéj w przypadkach takich, w których wskazaną jest transfuzyja krwi, operacyja zdaniem autora o wiele trudniejsza i o wiele niebezpieczniejsza. (*Journal de médecine de Paris,* 16 Aug. 1885).

Ω J. v. Mering donosi w Nrze 30 rb. *Centralbl. f. d. med. Wissensch.* z pracowni chemii lekarskiéj w Strasburgu, że małe dawki **Phloridinu** zadane psom, żywionym czas dłuższy wyłącznie mięsem, wywoływały pojawianie się **cukru w moczu** w bardzo dużych ilościach, a zwierzęta mimo tego nie zdawały się być choremi. Według M. z odkryciem tém wiąże się bardzo wiele ważnych kwestyj dotyczących niejasnéj dotąd sprawy cukrzycy. Obrobienie tych kwestyj zastrzega sobie M.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Posiedzenie zwyczajne Towarzystwa lekarzy kijowskich z d. 12 października 1885 r.

Przewodniczący prof. Dr. Münch. Członków obecnych 42.

1) Kol. Radzimowski opowiedział o wynikach, jakie otrzymał po częściowém wycięciu pęcherza moczowego i moczowodów, jakotéż po przemieszczeniu i przeszczepieniu części pęcherza i moczowodów u psów. W 8miu doświadczeniach dokonanych przez Dra R. wszystkie umyślne uszkodzenia pęcherza moczowego i moczowodów, dokonane *lege artis* i następnie zeszyte, najzupełniéj zagoiły się, jak to przy obdukcyi sprawdzono. W 2ch przypadkach wycięto część pęcherza. W jednym po wycięciu bocznéj części pęcherza razem z końcem moczowodu, ostatni był wszyty w ranę pęcherza; po upływie miesiąca pies został zabity i moczowód znaleziono wrośniętym w bliznę pęcherza. W czwartym przypadku najzupełniéj powiodło się przemieszczenie ujścia moczowodu na szczyt pęcherza. W piątym wycięta część błony śluzowéj pęcherza zabliźniła się najdokładniéj. W szóstym wycięto kawałek moczowodu długości 5mm., pies zginął w objawach zapalenia nerek, przy obdukcyi znaleziono zupełne zrośnięcie się zeszytych z sobą końców moczowodu. W siódmym przypadku Dr. R. dokonał przeszczepienia wyciętego kawałka pęcherza, który był poprzednio najstaranniéj opłukany rozczynem surnatowym. Wkrótce po dokonanéj operacyi pies okazywał objawy mocznicy, lecz po upływie kilku dni zjawiska chorobowe ustąpiły, pies został zabity, a badanie pęcherza wykazało, iż wszyty kawałek pęcherza najdokładniéj był wrośnięty. We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem jednego, operowane zwierzęta, oprócz krótkotrwałych zaburzeń ze strony narządu moczowego, miały się wcale dobrze i mało ucierpiały na zdrowiu. Ostatnia okoliczność ośmiela poniekąd do przypuszczenia, iż operacyje wymienione mogą być dokonywane w razie potrzeby i na człowieku, z nadzieją pomyślnych wyników (przypadki nowotworów).

W dyskusyi kol. Flejszer oświadcza, iż warunki, wśród których przedsiębrane bywają doświadczenia na zwierzętach są wcale inne, niż te, wśród których operator znajduje się w przypadkach cierpień chirurgicznych moczowodów i pęcherza. Mianowicie, w ostatnim przypadku narząd moczowy przedstawia zawsze zaburzenia przewlekłe (*cystitis*), które znacznie zmniejszają widoki operacyi, w skutek alkalicznego odczynu moczu.

2) Kandydat medycyny Kroneberg odczytał krótki opis rzadkiego przypadku, spostrzeganego niedawno w klinice chorób kobiecych, mianowicie przypadek otoku ropnego pochwy i macicy w skutek wrodzonego zarośnięcia części pochwy u kobiety 21 lat liczącéj *(pyocolpos, pyometra, atresia vaginae)*. Cierpieniu towarzyszyły następujące objawy: ogólna niedokrewność, głuchota, ślepota na prawe oko w skutek wady rozwojowéj siatkówki, boleści w dolnéj części brzucha; częste krwotoki z nosa, peryjodycznie powracające. Przez powłoki brzuszne powyżéj spojenia łonowego i nieco na lewo wyczuć można było obrzęk sięgający nieco niżéj pępka. W celu leczniczym dwukrotnie przekłuto błonę zamykającą wejście do macicy; powtórna operacyja miała na celu oprócz wypuszczenia płynu z jamy macicznéj rozszerzenie kanału. Z jamy macicy po pierwszém nakłuciu zamiast spodziewanéj krwi odpłynęło koło jednéj szklanki czystéj ropy, po drugiém przekłuciu 4 szklanki ropy. Po upływie miesiąca chora była prawie zdrową [1]).

3) Przewodniczący prof. Münch podał krótkie sprawozdanie z naukowéj wycieczki w stepy Turkestanu, odbytéj tego lata. Zastanowiwszy się nad ogólnym stanem zdrowia ludności miejscowéj i wojsk rosyjskich, tam konsystujących, prelegent podał kilka nader ciekawych szczegółów, tyczących się panujących endemicznie w Turkestanie chorób: trądu (machau) i białości skóry *(Vitiligo)* (pes'). Trąd, dosyć rozpowszechniony w tym dzikim i mało znanym kraju, ochrzczony został przez tubylców nazwą machau. Skreśliwszy w krótkich zarysach odmiany trądu, spostrzeganego w wielu miejscowościach Turkestanu (okręgi: Taszkentu, Kokanu, Margelanu, Uratiube, Samarkanu), prelegent zwrócił uwagę na tę okoliczność, iż odmiana skórna trądu *(lepra tuberosa)* w pierwszym okresie swego rozwoju objawia się często rozlanym obrzękiem i czerwonością twarzy, bez tworzenia się guzów, które w takim przypadku bądź dopiero późniéj powstają, bądź wcale nie tworzą się i wtedy choroba od razu przechodzi w okres wsteczny, znamionujący się znieczuleniem, owrzodzeniem, zgorzelą i utratą członków ciała (zapadnięcie nosa, zbezkształtnienie stawów u palców rąk i nóg itd.). Twarz w drugim okresie trądu szczupleje a zmarszczki fałdziste powstające u osób starszych w skutek wessania guzów, nadają twarzy wyraz buldoga.

Inna odmiana trądu *lepra anaesthetica* odróżnia się od skórnéj (*lepra tuberosa*) brakiem zniszczenia i okaleczenia nosa, które w starszych przypadkach trądu skórnego prawie zawsze dają się spostrzegać. Wczesne przypadki rzadko napotyka się w stepach Turkestanu, gdyż trąd przechodzi tu dość wcześnie w okres wsteczny i anestetyczny.

Oprócz trądu mieszkańcy Turkestanu ulegają sporadycznie u nas znanéj chorobie *vitiligo,* białość skóry. Cierpienie to, bezwątpienia niewinne, przez tubylców nazwane pes', zaliczane bywa przez ostatnich, obok trądu, do cierpień zaraźliwych, w skutek czego osoby dotknięte pes'ią, wydalane są przez mieszkańców i muszą mieszkać osobno, łącząc się w odrębne rodziny i osady, każde doknięcie i obcowanie z cierpiącymi na *vitiligo* uważaném jest za niebezpieczne i mogące wywołać zarażenie się tą chorobą. Oczywiście, że o ile te obawy tubylców w stosunku do trądu są uzasadnione, o tyle pogląd ich na naturę cierpienia *vitiligo* jest błędny i na niczém nieoparty, chyba na postanowieniu Szerjatu (koran ludów Turkestanu), który głosi, iż pes' jest chorobą nawiedzającą dzieci za ich własne i rodziców grzechy, podczas gdy machau (trąd) jest karą li tylko za grzechy własne.

Pes' (*vitiligo*) objawia się wystąpieniem na skórze białych plam, które z początku spostrzegać się dają w okolicy lędźwiowéj, na tułowiu, rękach i nogach; zwiększając się stopniowo, zlewają się następnie w większe białe przestrzenie nieprawidłowego kształtu; po upływie kilku lat większa część ciała chorego przybiera biały kolor i tylko gdzieniegdzie jeszcze pozostają wysepki normalnie zabarwionéj skóry. Dotknięte chorobą okolice skóry nie przedstawiają wcale innych zboczeń, oprócz braku zabarwienia skóry; włosy również bieleją. Okolica obojczyka jest najulubieńszém miejscem usadowienia się białych plam. Grzbiet zwykle więcéj zajęty niż przednia część tułowia; najpóźniéj zaś bieleją odnogi i twarz. W niektórych przypadkach choroba zaczyna się od tworzenia się bardzo licznych, umiarowo rozsianych, drobnych plamek ciemno zabarwionych; co powstaje w skutek tego, iż całe ciało pokrywa się gęstą białą siatką, zostawiającą tylko miejsca odpowiednie torebkom włosowym. Wkrótce jednak cała powierzchnia ciała zupełnie bieleje. W sąsiedztwie z białemi plamami skóra zwykle ciemno zabarwiona. Powstawaniu choroby często towarzyszy uczucie przykrego swędzenia w skórze.

Mówiąc o etyjologii trądu prelegent z żalem wyznał, że nie mógł zebrać pod tym względem pewnych danych, a to w skutek niedowierzania i bojaźni mieszkańców, którzy byli wielce nastraszeni przyjazdem prelegenta i nawet nie wątpili z początku, iż on miał od rządu polecenie wytępienia wszystkich cierpiących na machau i pes'. O ile jednak udało mu się dowiedzieć, to trąd należy uważać za chorobę, która jest dziedziczną i w rzadkich tylko przypadkach może się udzielać przez bezpośrednie zakażenie się. Przynajmniéj znane są tu przy-

---

[1]) Podobny przypadek dokładnie opisał Dr. Rosner Jan w Przeglądzie Lekarskim, (1885, Nr. 13).

padki zakażenia się żony od męża i na odwrót. Liczba chorych, dotkniętych trądem i białością skóry, jest tu dość liczną, jak to uwydatnia załączona tablica. Należy jednak nadmienić, iż podani tu są tylko ci chorzy, których udało się prelegentowi widzieć i którzy są odosobnieni i zebrani w osobnych budynkach (machau-chana) i osadach, wsiach (kiszłyk).

Miejscowości Turkestanu:	Liczba dotkniętych trądem	białością skóry
Taszkent — — — — —	45	8
Kokan — — — — —	6	26
Margelan — — — — —	7	3
Andiżan — — — — — —		34
Czusti — — — — — —		3
Uratiube — — — — —	26	—
Samarkand — — — —	15	48
Kata Kurhan — — — — —		35
Razem —	99	157

Z porównania przytoczonych liczb spostrzegamy odwrotny stosunek liczebny trędowatych do liczby chorych na pes' *(vitiligo)*. Niektóre miejscowości nie były zwiedzone z powodu braku czasu, lecz obecność tam dotkniętych trądem i białością skóry była stwierdzoną przez miejscowych lekarzy. Urządzenie osobnych kolonij, osad złożonych z osobników trędowatych, jakotéż cierpiących na *vitiligo*, datuje się już oddawna i jest całkowicie zasługą krajowców; władze rosyjskie nie wiele w ogólności zwracają uwagi na te dziesiątkujące ludność choroby.

Zastanawiając się w końcu nad sprawą możliwości szerzenia się trądu pomiędzy wojskiem rosyjskiém, konsystującém w stepach Turkestanu, prelegent sądzi, że póki kraj ten nie jest kolonizowany stałymi osadnikami, którzy zmuszeni wchodzić w bliższe i pokrewne stosunki z krajowcami, dopóty choroba pozostanie li tylko wśród tych ostatnich. Wojsko rosyjskie i urzędnicy, jako niemający żadnych prawie stosunków bliższych z ludnością miejscową nie znajdują się obecnie w niebezpieczeństwie nabycia choroby; prelegent jednakże nie mógł przemilczeć o dwóch znanych sobie przypadkach, w których wojskowi Rosyjanie nabyli trądu podczas pobytu w Turkestanie. Zdaniem prelegenta, trąd może zresztą szerzyć się i drogą prostytucyi, która nawiasem mówiąc, dość kwitnie w Turkestanie.

Zajmujący ten wykład był objaśniony licznemi okazami fotograficznemi, zdjętemi przez prelegenta z osobników dotkniętych trądem i białością skóry *(vitiligo)*. *Dr. Karol.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 18—24 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 30,7. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z odry 7 (6 z. t.); z płonicy 0 (2 z. t.); z krztuśca 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 7 przypadkach odry, 1 błonicy. W tygodniu od 11—17 października umarło z ospy: w Warszawie 1, w Wiedniu 13, w Budapeszcie 9, w Pradze 5, w Tryjeście 2, w Wenecyi 9, w Paryżu 5. Z duru osutkowego umarło: w Edynburgu 2. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 43. Z odry umarło w Gdańsku 15, w Królewcu 14, w Londynie 28. Z płonicy umarło w Londynie 22, w Petersburgu 19. Z błonicy umarło w Berlinie 59, w Altonie 9, w Dreźnie 10, w Królewcu 9. Z krztuśca umarło w Londynie 29.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 11—17 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 29,2; w Warszawie 24,24 w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 19,7; w Pradze 25,3; w Budapeszcie 23,1; w Berlinie 27,9; w Hamburgu 25,4; w Gdańsku 28,2; w Strasburgu 29,0; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Amsterdamie 19,8; w Bazylei 23,4; w Brukseli 16,9; w Chrystyjanii 18,3; w Kopenhadze 16,3; w Londynie 17,1; w Odesie 34,0; w Paryżu 20,8; w Petersburgu 22,5; w Rzymie 21,8; w Stokholmie 17,7; w Wenecyi 25,9; w Zurychu 16,6. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 5 listopada. Pierwsze posiedzenie po wakacyjach, odbyte w Akademii Umiejętności w Paryżu, miało bardzo wielkie znaczenie, bodaj czy nie historyczne. Na niém bowiem Pasteur, któremu nauka już tyle zawdzięcza, wystąpił z doniesieniem, że szczepienie ochronne przeciw wściekliźnie zastosował nietylko u zwierząt ale i u ludzi i że dwoje ludzi ocalił, którzyby byli ulegli niechybnéj śmierci. A mianowicie chłopcu 9 letniemu, który otrzymał 14 ran od psa wściekłego, 60 godzin po ukąszeniu i przez 10 dni następnych wstrzykiwał podskórnie płyn, w którym rozpuścił był rdzeń zwierząt wściekłych, postępując codziennie z jadem silniejszym, a podczas gdy zwierzęta, którym dla kontroli te same wstrzykiwał jady, dostały wścieklizny i zginęły z niéj, ów chłopiec po upływie przeszło 3 miesięcy ma się całkiem dobrze. Obecnie Pasteur ma w leczeniu drugiego chłopca 15 letniego, który również zniósł dobrze szczepienie. Vulpian poświadczył podanie Pasteura. Stoimy więc wobec faktu niezmiernéj doniosłości, jeżeli sprawdzi się skuteczność zabiegów wielkiego chemika i badacza.

* Na wczorajszém posiedzeniu Towarzystwa naszego lek. prof. Obaliński mówił o ostatnich swych przypadkach laparotomii; w dyskusyi wzięli udział koll. Oettinger, Warschauer i przewodniczący.

* **Praga czeska** 2 listopada. Na dzisiejszém posiedzeniu „Spolku lekařův českých“ demonstrował prof. Hlava następujące przypadki ze swego zakładu:

1. Preparaty anatomiczne z nosacizny *(malleus)*. Przypadek dotyczył mężczyzny 40-letniego z kliniki prof. Eiselta. Chorego przyjęto z objawami gośćca stawowego. Wkrótce jednak okazały się na skórze, tkance podskórnéj i mięśniach guzki i guzy różnéj wielkości, orzecha aż do wielkości jaja i większe, mniejsze twarde, większe chełboczące. Płyn wydobyty z większych guzów za pomocą strzykawki Pravaza miał postać zwyczajnéj ropy z znaczną przymieszką krwi. Mikroskopowo: ciałka ropne w różnych okresach zwyrodnienia, detritus molekularny i znaczna ilość laseczników grubszych od gruźliczych z bardzo licznemi zarodnikami. Te same mikroorganizmy znalazłem i we krwi. Preparaty barwiłem jużto rozczynem wodnym błękitu metylenowego z kali-kausticum przy podwyższonéj temperaturze, jużto rozczynem fuchsynowym Ehrlicha przy temp. 40° przez 24 godzin. (Babes et Cornil). Kultury z krwi i ropy powiodły się i wydały kolonije barwy brunatnawéj, ale tylko na agar-agarze lub na ziemniakach, w żelatynie nie rosły (właściwość laseczników nosacizny). Pod względem wielkości nie widzieliśmy w nich podobieństwa do laseczników gruźliczych jak to utrzymują Löffler i Schütz, również Babes w swéj ostatniéj publikacyi z Cornilem, raczéj więcéj stosują się do naszych mikroorganizmów opisy Boucharda, Capitana i Charrina, którzy widzieli laseczniki grube i krótkie podobne do durowych. Długość była różną, przeważały jednak formy krótkie, we wszystkich zaś mnóstwo zarodników. Prof. Hlava, który widział preparaty Löfflera i Schütza, utrzymuje, że są podobne do naszych. Królik zaszczepiony ropą z chorego przez potarcie błony śluzowéj nosa zginął po 5 dniach, we krwi jego te same mikroorganizmy, na błonie śluzowéj nosa guzki wielkości prosa i nieco większe, barwy żółtawéj z otoczeniem sino czerwonawém, w treści guzków te same mikroorganizmy. Sekcyja chorego zmarłego wśród objawów durzycowych wykazała na błonie śluzowéj nosa guzki i rozleglejsze nacieki z częściowym rozpadem, w płucach przekrwionych ropnie różnéj wielkości i drobne nacieki żółtawe dobrze ograniczone i lobularne ogniska zapalne, ostry obrzęk śledziony i ropnie podskórne i w mięśniach odnóg. Przypadek ten jak wiele innych już opisanych przyczynia się nie mało do ugruntowania etyjologii téj choroby i to w duchu Löfflera i Schütza.

2. Guz nosa (*Rhinophyma*) odjęty 80-letniemu samobójcy. Guz ten zasługuje z tego powodu na uwagę, że był znacznych rozmiarów (wielkości głowy dziecka) i że prócz oszpecenia musiał zapewne utrudniać a przynajmniéj czynić przykrém odżywianie się. Nowotwór ten należy do włókniaków t. zw. *fibroma diffusum*. Mikroskopowo znaleziono znaczne rozszerzenie naczyń limfatycznych.

3. Przypadek *meningitis cerebrospinalis septica* pochodzący z kliniki prof. Eiselta. Mężczyzna 30-letni doznał przed półrokiem złamania kości czołowéj w części jéj środkowéj. Złamanie to zgoiło się bez powikłań. Nagle chory dostał kurczów, potém gorączki i wreszcie cały szereg objawów zapalenia opon mózgo-

wych. Sekcyja wykazała zgojone złamanie kości czołowéj z odszczepem ukośnie przyrośniętym i wnikającym pomiędzy półkule mózgowe, na dolnym jego brzegu otwór, który łączył jamę nosową z jamą czaszkową. Musiało zatém w tym przypadku wystąpić najpierw ropne zapalenie opony twardéj, które rozszerzyło się następnie na opony miękkie.

Następnie Dr. Rubeška, asystent prof. Strenga, omówił kilka przypadków owaryjotomii i demonstrował dotyczące preparaty anatomiczne. *Dr. Obrzut.*

* **Berlin.** Towarzystwo lekarskie obchodziło uroczyście jubileusz swój 25-letni, przy któréj sposobności tajny radzca Eulenburg ofiarował 10,000 marek na wybudowanie gmachu dla Towarzystwa.

* **Wiesbaden.** Langenbeck zapadł na chorobę oczną, która wymagać będzie operacyi.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Paryż.** Dr. Proust mianowany został profesorem higijeny w Wydziale lek. — **Strasburg.** Docent prywatny Dr. R. Ewald powołany został na profesora fizyjologii w chilijskim uniwersytecie w St. Jago.

* **Nekrologija.** W Brodach umarł tameczny lekarz powiatowy Dr. Karol Benda, przeniesiony tam przed kilku laty z Chrzanowa, a w Leżajsku Dr. Tytus Peszkowski w 36 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 44: Tymowskiego: Wskazania i przeciwskazania do zastosowania klimatu San Remo (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 44: Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze; Funka: Przypadek *Xerodermatis pigmentosi*, bakteryje w wydzielinie łącznéj przy *Xeroderma pigmentosum*; Sztembarta: Wycięcie nadpochwowe macicy z jajnikami z przyczyny mięsaka trzonu macicy; Biegańskí: Sprawozdanie z działalności przytułku dla położnic Nr. 1. — W *Zdrowiu*: Nr. 2: Kuniewicza: Jak zabezpieczyć rodzące od chorób połogowych; Nenckiego i Rakowskiego: Przyczynek do kwestyi zanieczyszczania powietrza przez gazy wydzielające się z wychodków.

Redakcyja otrzymała:

Dr. H. ŚWIĘCICKI: Badania gynekologiczno-położnicze. (Odbitka z „Gazety Lek.“) Warszawa 1885.

Dr. v. ŚWIĘCICKI (w Poznaniu): Zur Kasuistik des Pseudomyxoma peritonei (Werth). (Odbicie z „Centralbl. f. Gynäk.“ 1885 Nr. 44) in 8vo str. 2.

Dr. A. ROTHE: Psychijatryja czyli nauka o chorobach umysłowych, Warszawa 1885. (Wydawnictwo Gazety Lek.) in 8vo str. 862.

Na fundusz portretu śp. Kozubowskiego nadesłał Dr. Home z Złoczowa 2 złr., co razem z poprzedniemi składkami wynosi kwotę 313 złr. 74 kr.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Z dniem 1 Stycznia 1886 wolną będzie **POSADA LEKARZA ASYSTENTA w mojéj klinice ocznéj.** Pensyja roczna 800 marek, przytém wolne pomieszkanie i stół. Zgłoszenia przyjmuje i bliższych wiadomości udzieli

Dr. B. Wicherkiewicz.

Poznań w Październiku 1885.

KONKURS.

W miasteczku **Kozowie** siedzibie c. k. Sądu powiatowego powiecie Brzeżańskim otwartą jest posada lekarza miejskiego z płacą roczną w kwocie 300 złr. w. a. za kontraktem zawrzeć się mającym. Z tą posadą połączona jest funkcyja oglądania ciał zmarłych i oglądania bydła.

Kompetenci zechcą się zgłosić pisemnie w terminie nieprzekraczalnym do 15 Listopada 1885 podaniem do Rady gminnéj tutejszéj z dowodami uzdolnienia.

Objęcie posady nastąpić ma najdaléj w 4 tygodnie po zamianowaniu, przyczém się zauważa, że za oglądanie ciał zmarłych i bydła osobna remuneracyja jest przeznaczoną.

ZWIERZCHNOŚĆ GMINNA.

Kozowa dnia 11 Października 1885.

Naczelnik gminy
Neweliczka.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsł.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 14 listopada 1885. № 46. Rok XXIV.

I. O metodach badania fizyjologicznego.

Wykład wstępny Prof. Dra Cybulskiego.

Panowie! Zanim przystąpię do systematycznego wykładu zjawisk fizyjologicznych, występujących w organizmie ludzkim, chciałbym nasamprzód powiedzieć słów kilka o metodach, za pomocą których poznajemy te zjawiska; aby jednak ocenić, o ile ta lub owa metoda jest odpowiednią, musimy przedewszystkiém mieć wyobrażenie o samych zjawiskach; musimy więc w głównych zarysach przynajmniéj zaznajomić się ze zjawiskami fizyjologicznemi.

Jakkolwiek powierzchowny rzut oka na ciała znajdujące się na kuli ziemskiéj wystarcza, aby spostrzedz między niemi pewną różnicę i na mocy téj różnicy podzielić je na ciała żyjące i nieżyjące, jakkolwiek od najdawniejszych czasów zjawiska, występujące w jestestwach żyjących zwracały na siebie szczególniejszą uwagę badaczy, dotychczas jednak nie tylko nie możemy wytłumaczyć ich w sposób zadowalający, lecz nie istnieje nawet ścisłe określenie samego życia. Zresztą zastanówmy się na chwilę nad kwestyją, czy w ogóle takie określenie jest możliwém? Życie jest w rzeczywistości jedném z tych pierwotnych pojęć, które w żaden sposób nie dają się określić bliżéj, jak np. przestrzeń, czas itp.; dla tego to znakomity francuski fizyjolog Kl. Bernard w swojém dziele „*Sur la vie*“ wprost nie podaje żadnego określenia życia. W rzeczy saméj nie możemy wynaleźć pojęć bardziéj ogólnych, niż wymienione. „Czas jest następczość zjawisk“ mówił Laplace, a cóż jest następczość, czyliż w tém pojęciu nie leży idea czasu? Wszystkie te określenia, jak powiada Kl. Bernard, przypominają podobne, z których się naśmiewał Pascal: „Światło jestto ruch świetlny, pochodzący od ciał świecących.“ Jeżeli jednak nie podobna określić życia, to natomiast możliwą jest jego charakterystyka; można wskazać pewne cechy, które odróżniają życie od nieżycia. Zacznę więc od téj charakterystyki.

Najprzód rozpatrzmy ciała żyjące pod względem ich składu chemicznego. W skład ciał żyjących wchodzą wśród warunków prawidłowych tylko następujące pierwiastki: Tlen, wodór, azot, węgiel, siarka, fosfor, fluor, chlor, sód, potas, wapń, magn, krzem, żelazo. Pierwiastki te występują zwykle w połączeniach potrójnych, poczwórnych lub jeszcze bardziéj złożonych, przyczém ciężar właściwy cząsteczkom tych połączeń jest zwykle bardzo wielki. Jedném téż z głównych połączeń wchodzących w skład istót żywych jest woda. Zasadniczemi, tj. dającemi się wykazać we wszystkich ciałach żywych, są połączenia, w skład których wchodzą węgiel, wodór, azot, tlen. Pod drugim znów względem, pod względem własności chemicznych, istoty te należy zaliczyć do połączeń najbardziéj niestałych; i w saméj rzeczy azot, węgiel i wodór w rozmaitych stosunkach wchodzą w skład t. zw. ciał wybuchających, gdyż azot wypada zaliczyć do ciał najbardziéj obojętnych. W nadzwyczaj więc złożonych cząsteczkach bardzo łatwo mogą zachodzić nowe kombinacyje grup atomowych, a ztąd rozkład cząsteczek złożonych. Powszechnie wiadomo, jak łatwo rozkładają się wszelkie istoty białkowate, tłuszcze itp. Ztąd więc wypada, że skład ciał żyjących musi być nader rozmaitym, co téż i spostrzegamy w rzeczywistości. Wszystkie jednak te nawet najbardziéj złożone istoty białkowate nie stanowią bynajmniéj jeszcze cząsteczek żyjącego ciała; cząsteczki te, jak o tém świadczy szereg faktów, są jeszcze bardziéj złożone. Każde z wymienionych chemicznych połączeń jest tylko produktem rozkładu cząsteczki żyjącéj. Główną więc cechą istót żywych jest niezmiernie złożony skład chemiczny cząsteczki, nadzwyczajna niestałość téjże i jako skutek tych dwóch własności: chemiczna rozmaitość istót żyjących.

Jeżeli z kolei zwrócimy uwagę naszą na istoty nieobdarzone życiem, to znajdziemy wręcz przeciwne cechy: przeważnie prosty skład chemiczny, mały ciężar właściwy cząsteczkom, przeważnie ciała podwójne lub potrójne i znaczną stałość pod względem składu chemicznego.

Zmiany w składzie chemicznym już *a priori* dają prawo do przypuszczenia, iż w ciałach żywych musi mieć miejsce wytwarzanie się sił fizycznych. W tegoczesnéj fizyce, jak Panom wiadomo, wszystkie te siły uważamy jako rozmaite postacie ruchów cząsteczkowych, które się mogą przeistaczać z jednéj postaci w drugą tylko w stosunku pewnym, stałym dla każdéj pary ruchów. Chemiczne więc powinowactwo pomiędzy dwoma pierwiastkami może się zmieniać w ciepło, dając zawsze jednę i tą samę ilość ciepła; ciepło, przechodzące w ruch mechaniczny, może wykonać tylko pewną ilość pracy lub dać również tylko pewną ilość ruchu elektrycznego. Gdziekolwiek mamy powstawanie nowéj postaci ruchu, zawsze w tém samém miéjscu musieliśmy przedtém mieć inną postać, która się zamieniła w nową; ruch więc jest również wiecznym jak i materyja. W ciałach żywych ma miejsce ciągła zmienność składu chemicznego, ciągłe tworzenie się nowych chemicznych kombinacyj i rozkład istniejących; nie ma ani jednéj chwili, w któréjby ta zmienność u żyjących jednostek ustała; przyczyną tych zmian jest chemiczne powinowactwo tak oddzielnych pierwiastków, jak całych złożonych grup atomowych pomiędzy sobą. Przy każdém zaś powstawaniu nowego chemicznego połączenia zostaje nasyconą pewna część wolnego powinowactwa, a w skutek tego w żywych organizmach mogą powstawać nowe postacie ruchów cząsteczkowych. Pierwszą i główną z tych postaci jest ciepło, każde więc żyjące ciało wytwarza pewną ilość ciepła; drugą jest siła mechaniczna, znaczna więc część istót żyjących jest zdolną wykonywać pewną pracę (ruchy zwierząt i roślin). Z kolei to powinowactwo chemiczne może się zmienić i w inne postacie ruchu, jako to: światło (robaczek świętojański), elektryczność (ryby elektryczne); te nowe postacie ruchów cząsteczkowych w pewnych przypadkach mogą dochodzić do dość znacznych napięć. Jednak trudno dowieść, iż w danym przypadku istnieje ten sam równoważnik między rozmaitemi postaciami ruchu, co i w istotach nieżyjących, to przecież wszystkie obserwacyje i badania doprowadzają do wniosku, iż nie ma przynajmniéj potrzeby przypuszczania, jakoby w ciałach żywych zachodziły jakieś inne stosunki. Tak wszystkie połączenia chemiczne dowodzą, iż jakkolwiek nie znane są warunki, śród których te połączenia powstają w istotach żyjących, zawsze jednak znajdujemy w nich ciała, które odpowiadają wszystkim prawom chemicznym atomistyczności. Również badanie warunków wytwarzania się rozmaitych postaci ruchów dowodzi, iż i pod tym względem zachodzi ten sam stosunek. Wytwarzanie się ciepła, światła, elektryczności idzie zawsze w parze z zmianami chemicznemi. W ciałach więc żywych mamy cały szereg fizyczno-chemicznych zjawisk i pod tym względem jestestwa żyjące bardzo mało różnią się od ciał martwych, przy tém w zupełności podlegają dwom głównym prawom, które stanowią podstawę tegoczesnéj nauki, a mianowicie: że siła, czyli energija, jak i materyja są wieczne.

Pomimo téj zmienności tak ze strony statyki, jak również dynamiki ciał żyjących, znaczna część ich posiada właściwą sobie postać, właściwy układ rozmaitych części swojego ciała, tj. właściwą organizacyję, co do formy. Ta własność ciał żywych dała prawo do nazwania ich organizmami. Bliższe jednak badania istót żyjących wykazały, że widzialna organizacyja nie stanowi bynajmniéj cechy wspólnéj: najniższe istoty nie posiadają właściwie formy. W najprostszéj postaci, jaką dotychczas stwierdza nauka, materyja obdarzona życiem przedstawia się jako półpłynna masa ziarnista, niemająca stałych kształtów; w masie téj dają się wykryć drobne ziarnka, drobne próżnie, t. zw. wakuole i ruchy płynu bez pewnego stale określonego kierunku. Masę tę nazywamy pierwoszczem. Do takich żywych ciał należą m i k s o m y c e t y (gatunek grzybów, żyjących na korze roślin), batybius Haeckela, odkryty na dnie morza w głębokości 4000—8000 metrów, ameby itp. Pierwoszcze więc jest najprostszą postacią takiéj materyi, któréj musimy przyznać życie.

Wszystkie inne organizmy zawierają to samo pierwoszcze, z tą tylko różnicą, że w niém zachodzą pewne zmiany, które jednak nie zgładzają cech jego właściwych, lecz przeciwnie niektóre z tych cech posiadają nawet w daleko wyższym stopniu. Prócz tego w nich pierwoszcze stopniowo nabywa własności przyjmowania pewnych kształtów stałych. W najniższych więc istotach mamy tylko półpłynną masę; w nieco wyższych istotach mamy już pewne zmiany w środkowéj części pierwoszcza, w skutek których różni się ono od innych części pod względem własności chemicznych i fizycznych. Część tę nazywamy jądrem. Daléj widzimy powstawanie błony na powierzchni téj masy protoplasmatycznéj, mamy więc już ciało złożone z kilku rozmaitych części: jądra, samego pierwoszcza i błony, posiadające już prawdziwą organizacyję. Tym jestestwem żyjącym Leyden i Schwann dali nazwę komórek. Z takich komórek lub rozmaitych postaci ich przeistoczenia są złożone tkanki organów wyższych organizmów.

Jednocześnie każdy z organizmów posiada właściwy sobie kształt, którego nabywa stopniowo: nasamprzód każdy zjawia się w postaci masy protoplasmatycznéj, i tylko stopniowo, przechodząc przez szereg zmian, dochodzi do tego, właściwego sobie kształtu. Wszystkie więc jestestwa żyjące podlegają prawu, które się nazywa p r a w e m r o z w o j u. Pod względem pochodzenia wszystkie jestestwa żyjące podlegają jeszcze innemu prawu, a mianowicie w s z y s t k i e p o c h o d z ą t y l k o o d i s t ó t d o s i e b i e p o d o b n y c h, wszystkie pochodzą z cząstek, które były przedtém składową częścią innego organizmu, czyli z nasienia; to ostatnie tylko drogą stopniowego rozwoju dochodzi do kształtów swojego przodka.

Ten rozwój organizmów ma pewne stopnie: z początku idzie *crescendo*, potém się zatrzymuje na pewnéj wysokości, następnie stopniowo zmniejsza się i nakoniec zupełnie się zatrzymuje. Własność istot żyjących dochodzenia w swojéj organizacyi tylko do tego stopnia rozwoju, który posiadał ich najbliższy przodek, zależy od d z i e d z i c z n o ś c i i z kolei przedstawia nowe prawo, któremu podlegają wszystkie żyjące istoty.

Rozwój istot żyjących odbywa się przy jednoczesnym wzroście masy ciała, w skutek przyswajania rozmaitych chemicznych połączeń, znajdujących się w środku otaczającym ciała żyjące. Wszystkie więc istoty żyjące muszą się karmić. Pokarmy te mogą być gazami, płynami lub ciałami stałemi, lecz podczas przyswajania zawsze muszą być rozpuszczone w płynach. W parze z przyswajaniem idzie powstawanie nowych połączeń w skutek rozkładu żyjących cząsteczek organizmów (jak już wspomniałem wyżéj). Obie te czynności w żyjących istotach przebiegają mniéj więcéj równolegle. Zachodzi tylko między niemi ten stosunek, że z początku przyswajanie idzie więcéj energicznie niż rozkład czyli dysymilacyja; stan ten nazywamy młodością organizmów; potém obie te czynności czas jakiś zostają w równowadze, stan

dojrzałości organizmów—a nareszcie przyswajanie stopniowo się zmniejsza i ostatecznie zupełnie ustaje, a pozostaje tylko dysymilacyja, która wywołuje śmierć organizmów.

To przyswajanie martwéj materyi i przeistaczanie jéj w żyjące pierwoszcze organizmów przedstawia także jednę z najbardziéj charakterystycznych cech życia.

Wspomniana wyżéj zmienność chemiczna istot żyjących, wytwarzanie się sił fizycznych, zależy głównie od téj własności. Ciała chemiczne, przyswajane przez organizmy, zawsze posiadają jeszcze mniejszy lub większy zapas wolnéj chemicznéj energii; śród powstawania więc nowych połączeń już w samym organizmie muszą się wytwarzać w nim rozmaite postacie ruchów fizycznych.

Ciała przyswajane przez organizmy zwykle złożone są z tych samych pierwiastków, które wchodzą w skład organizmów; tak prawie wszystkie istoty żyjące przyswajają sobie tlen i w skutek dysymilacyi wydzielają CO_2. Wszystkie istoty żyjące przyswajają węgiel w rozmaitych połączeniach z azotem, wodorem i tlenem. Wszystkie te połączenia węgla zwykle posiadają jeszcze duży zapas wolnéj chemicznéj energii i tylko w organizmach nasycając te swobodne powinowactwa zmieniają się w ciała o więcéj stałym składzie cząsteczki, jest to CO_2, CON_2H_4 kwas moczowy itp. Wprawdzie podczas przyswajania węgla przez rośliny ma miejsce odwrotne zjawisko, a mianowicie pochłanianie CO_2, lecz i tu składowa część pierwoszcza roślinnego, chlorofil, właściwie pod wpływem promieni świetlnych słońca rozszczepia CO_2 i w rezultacie w roślinach powstają także połączenia, jak skrobia, cukier. W danym więc przypadku dla rozkładu stałego połączenia, jakiém jest CO_2, użytą została energija świetlnych promieni słońca, tak iż ciała przyswajane przez rośliny posiadają także pewien zapas energii chemicznéj.

Jakkolwiek i w ciałach martwych, w skutek ciągłego postępowania z zewnątrz materyi, może mieć miejsce rozwój rozmaitych sił, np. siły mechanicznéj w machinie parowéj, lecz materyjał ten palny nigdy nie staje się wprzód składową częścią saméj machiny, jak w organizmach żywych; również ciała martwe mogą się powiększać, lecz wzrost ten zależy od tego, że na ich powierzchni osiadają nowe cząsteczki, posiadające ten sam skład chemiczny (wzrost kryształów), mamy więc to co się nazywa apozycyją. W organizmach zaś żywych, to co stanowi ich materyjał palny, wchodzi najprzód w skład samych cząsteczek żyjących, staje się ich integralną częścią i tylko w skutek rozkładu cząsteczki organicznéj wydziela się z organizmu w postaci połączeń z bardziéj nasyconemi powinowactwami. To oddzielanie się jednych grup i przyswajanie drugich trwa bez przerwy, póki żyje cząsteczka lub całe ich grupy. Zachodzą zmiany, jak już nadmieniłem wyżéj, tylko w stósunku pomiędzy przyswajaniem a dysymilacyją, lecz póki istnieje życie, trwa ciągła asymilacyja i dysymilacyja, czyli ciągła p r z e m i a n a m a t e r y i. Lecz świat zewnętrzny nie tylko wpływa na żyjące jestestwa przez to, iż dostarcza im potrzebnego do asymilacyi materyjału i zabiera produkty dysymilacyi; wszystkie wpływy fizyczne są również odczuwane przez jestestwa żyjące. Tę własność odczuwania wpływów zewnętrznych nazywamy p o b u d l i w o ś c i ą, a same wpływy b o d ź c a m i. Każdy wpływ zewnętrzny wywołuje w żyjących jestestwach zmiany tak ze strony ich statyki jak również i dynamiki; zachodzą zmiany we wszystkich bez wyjątku ich czynnościach wewnętrznych: w przyswajaniu i dysymilacyi, tém samém w ilości wytwarzanych sił fizycznych, w kształtach powierzchownych, (ściąganie się pierwoszcza pod wpływem światła lub ciepła, skurcz mięśni pod wpływem podrażnień elektrycznych lub odruchowy) itp. Wpływy te są do takiego stopnia znaczne, iż samo życie wszystkich bez wyjątku jestestw żyjących może istnieć tylko w obec pewnych fizycznochemicznych własności otoczenia, tylko śród pewnych wahań temperatury, wilgotności, światła itp. Granice tych wahań nie są bardzo znaczne i po za niemi życie na kuli ziemskiéj nie może istnieć.

Lecz nawet i w tych ciasnych granicach zmiany w otoczeniu nie pozostają bez wpływu, jak już wspomniałem, na żyjące jestestwa, odwrotnie nawet i bardzo nieznaczne zmiany w otoczeniu wywolują zawsze pewne zmiany w samych organizmach: ta zdolność organizmów zmieniania się pod wpływem zmian w otoczeniu stanowi nową cechę, a mianowicie zdolność z a s t o s o w y w a n i a s i ę d o o t o c z e n i a. Każdy więc wpływ zewnętrzny wywołuje pewne oddziaływanie ze strony organizmu, które pozostaje w pewnym stosunku do samego wpływu i s a m o ż y c i e, jak powiada S p e n c e r, j e s t n i e p r z e r w a n é m p a s m e m p r z y s t o s o w a n i a s i ę z j a w i s k w e w n ę t r z n y c h d o w a r u n k ó w z e w n ę t r z n y c h.

Z kolei zmiany wywołane w organizmach drogą dziedziczności mogą przejść na potomstwo i w taki to sposób, dzięki głównie pracom Lamarquea i Darwina możemy do pewnego stopnia wytłumaczyć powstanie tego nieprzerwanego pasma żyjących jestestw poczynając od batybiusa lub ameby, a kończąc na człowieku.

Główne więc cechy życia są następujące (Beaunis):

1) Nader skomplikowane cząsteczki (molekuły), chemiczna różnorodność i niestałość organicznych połączeń;

2) Ciągły rozkład i synteza połączeń wchodzących w skład organizmu;

3) Rozwój żywych sił, a w szczególności ruchu mechanicznego, ciepła, elektryczności;

4) Organizacyja;

5) Pewien cykl rozwoju od urodzenia do śmierci;

6) Pochodzenie jestestw żyjących i zdolność do reprodukcyi podobnych do siebie potomków (dziedziczność);

7) Zmienność i zdolność zastósowania się do zewnętrznego otoczenia i zewnętrznych sił. (Dok. n.)

II. O wchłanianiu rtęci śród używania kalomelu w dawkach przeczyszczających.

Podali Dr. A. Wolff i Dr. J. Nega w Strasburgu.

Według ogólnie przyjętych zapatrywań kalomel używany w wielkich dawkach (np. *Rp. Calomel. 0,50. Dentur tales dos. III. S.* Co pół godziny proszek) działa wyłącznie jako środek przeczyszczający. Wszystka rtęć ma wydalać się ze stolcami szybko po zażyciu kalomelu występującemi. Zwolennikami téj teoryi są obok wielu innych N o t h n a g e l i S c h m i e d e b e r g. Według pierwszego rtęć wcale nie bywa wchłanianą, według drugiego tylko w nieznacznych ilościach. O ile nam wiadomo tylko M i a l h e (*Annales d. Chim. et de Phys. Série* 3, 1842, t. 5) robił doświadczenia w celu rozstrzygnięcia téj kwestyi. Zażywszy 0·60gr. kalomelu badał własny mocz i dostrzegł, że pałeczki miedziane włożone do niego pokryły się rtęcią. Metoda jego jednak nie jest wolną od zarzutów, ponieważ zmiana koloru miedzi, z któréj Mialhe wnosił o połączeniu się rtęci z miedzią, może być wywoła-

ną przez inne czynniki tak, że pomyłek uniknąć nie łatwo. Zdawało się nam zatém usprawiedliwioném, kwestyję tę wziąść jeszcze raz pod ścisły rozbiór. Badaliśmy mocz u 8 chorych, z których każdy miał po kilka stolców po zażyciu kalomelu. O badaniach robionych u chorych, którzy stolców nie mieli, tu nie wspominamy, albowiem wchłanianie rtęci rozumie się samo przez się, skoro kalomel przez dłuższy czas w przewodzie pokarmowym przebywa. W trzech pierwszych przypadkach używaliśmy zwyczajnéj metody Fürbringerowskiéj do badania moczu. Z pośród sześciu rozbiorów dwa tylko miały wynik dodatni. Zdawało się nam więc, że zwyczajna metoda Fürbringera do wykazania rtęci w naszych przypadkach nie wystarcza, dla tego używaliśmy w następnych badaniach metody F. zmodyfikowanéj przez Lehmanna, t. j. niszczyliśmy najpierw istoty organiczne za pomocą chloranu potasu i kwasu solnego, a potém dopiero wkładaliśmy do moczu metal mający się amalgamować. Dalsze rozbiory (42 w pięciu przypadkach) robione według téj metody dały wszystkie wynik dodatni. Wykazaliśmy rtęć w 5, 6, 7, 9 nawet 13 dniach po zażyciu kalomelu. Z tak długiego pozostawania rtęci wnosić wolno, że ilość wchłoniętéj rtęci musi być znaczną. Zresztą przy ostatnich rozbiorach znajdowało się jeszcze tyle rtęci, że wydalanie jéj musi prawdopodobnie trwać jeszcze znacznie dłużéj. Przekonaliśmy się więc, że zdanie, jakoby kalomel w wielkich dawkach działał wyłącznie przeczyszczająco, jest mylne. Wykazaliśmy, że rtęć wchłanianą bywa obficie i wydziela się powoli, musimy więc przypisać kalomelowi, użytemu w dawkach przeczyszczających, działanie ogólne rtęciowe. Za takiém przemawia też występowanie zapalenia błony śluzowéj dziąseł i ust, obserwowane w niektórych przypadkach.

Długie pozostawanie rtęci w ustroju mimowoli nasuwa myśl, czy w wielkich dawkach nie nadawałby się do leczenia kiły; byłoby to dla chorych o wiele dogodniejszém niż bolesne wstrzykiwanie pod skórę, często ropnie wywołujące. O doświadczeniach w tym celu przedsięwziętych późniéj doniesiemy.

III. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

XXIV.

Śmierć z zapalenia otrzewny; szczególne usposobienie cielesne.

Podał Prof. Dr. **L. Blumenstok.**

Stefan S., lat 26 liczący, d. 6 września wracając piechotą ze wsi sąsiedniéj wstąpił po drodze do karczmy i tam pobity został tak mocno, że zmuszony był przenocować w karczmie, gdzie go następnego dnia zrana brat zastał mocno cierpiącego i odwiózł do domu. Komisyja sądowolekarska przybywszy na miejsce d. 9 września znalazła stan następujący:

1) Stefan S., liczący lat 26, jest wzrostu średniego, dobréj budowy ciała, lecz źle odżywiony, powłoki zewnętrzne na całém ciele są blado ziemisto zabarwione, suche, widoczne zaś błony śluzowe są blado sine, podściółka tłuszczowa na całém ciele jest bardzo skąpa, a mięśnie wiotkie. Ciepłota ciała jest miernie podwyższona, a tętno jest drobne, nikłe i wynosi 144 uderzeń na minutę, oddechy zaś są płytkie powierzchowne, a liczba ich wynosi 36 na minutę. 2) Wypuk płuc tak z przodu jak z tyłu jest jawny i pełny, wdech zaś tak z przodu jak i z tyłu jest pęcherzykowy, a wydech nie słyszalny. Wymiary serca dające się oznaczyć wypukiem są prawidłowe, tony zaś sercowe są czyste, dźwięczne i odgraniczone. 3) Brzuch jest bardzo znacznie powiększony, napięty, a przy dotknięciu na każdém miejscu bolesny, wypuk brzucha jest po stronie lewéj począwszy od 6 żebra aż do wysokości pępka, tak w położeniu leżącém jak i stojącém bębenkowy, po stronie zaś prawéj jest od 4go żebra do 6go niewyraźne przytępienie wątroby, ztąd zaś aż do wysokości pępka jest wypuk bębenkowy, poniżéj zaś pępka po obu stronach wypuk przytłumiony, nadto po stronie lewéj czuć przy wypukiwaniu dokładne chełbotanie i przelewanie się płynu. Język jest czysty, wilgotny. Badany twierdzi, że brzuch zaczął go boleć od chwili pobicia i że od tego czasu nie miał stolca, do téj chwili nie miał jednak ani nudności, ani wymiotów. Zewnętrznie nie widać na brzuchu, ani w okolicy brzucha żadnych śladów obrażenia, ani żadnéj przepukliny, z wyjątkiem 4 blizn ułożonych w podkowę poniżéj pępka po stronie prawéj, z których to blizn każda jest wielkości soczewicy i sinawo zabarwiona. 4) Na czaszce nad kością boczną prawą znajduje się rana 3cm. długa, o brzegach nierównych pokrytych strupem sporym, sonda wprowadzona do rany przechodzi przez wszystkie części miękkie, nie natrafia jednak na kość z okostnéj obnażoną. 5) Pod łopatką prawą skóra na przestrzeni dużéj dłoni ciemno sino zabarwiona, obrzmiała i przy ucisku bolesna. Podobne zupełnie obrażenia i takiéj saméj wielkości znajdują się jedna nad łopatką lewą, 2 na ramieniu prawém po stronie zewnętrznéj, jedna na przedramieniu prawém po stronie zewnętrznéj i jedna na ramieniu lewém także po stronie zewnętrznéj. 6) Na palcu czwartym ręki prawéj, w okolicy stawu pomiędzy falangą pierwszą a drugą po stronie zewnętrznéj znajduje się rana obejmująca $^3/_4$ obwodu palca o brzegach nierównych odwiniętych, poszarpanych i pokrytych wypociną brudnoszarą. Po odsunięciu strupa pokazuje się, że staw wyżéj wymieniony jest zupełnie otwarty i że sterczą powierzchnie stawowe pierwszéj i drugiéj falangi. Zresztą nie znaleziono żadnych innych śladów obrażenia. Badany jest w ogóle bardzo osłabionym, nie może o własnych siłach ustać na nogach i skarży się na ból w głowie, w odnogach górnych i na ból brzucha.

W skutek tego wyniku badania orzekli pp. znawcy Dr. A. i chir. B. co następuje:

Obrażenia opisane pod l. 4 i 5 są razem wzięte i każde z osobna lekkiém obrażeniem ciała, ponieważ potrzebują do zupełnego wyleczenia 15 dni i ponieważ sprawiają tylużdniową niezdolność do pracy. Obrażenie opisane pod l. 6 jest ciężkiém obrażeniem ciała, ponieważ potrzebuje do zupełnego wyleczenia i uzyskania zdolności do pracy przynajmniéj dni 30. Ponieważ zaś falanga druga i trzecia z największém prawdopodobieństwem odpaść musi i pozostanie tylko falanga pierwsza, to obrażenie powyższe zostawi po sobie stałe oszpecenie ciała i częściową przeszkodę do pracy. Cierpienie opisane pod l. 3 jest ciężką chorobą połączoną z niebezpieczeństwem życia; choroby takie powstać mogą z przyczyn zewnętrznych, jak w skutek bicia po brzuchu, kopania i gniecenia lub w skutek przyczyn wewnętrznych, np. w skutek zatkania kałowego, nowotworu itp. Jaka przyczyna w danym przypadku działała, tego w braku wszelkich śladów obrażenia orzec nie możemy, stanowczo jednak twierdzimy, że w razie śmierci sekcyja zwłok przyczynę wykryje. Blizny opisane pod l. 3 są daty dawniejszéj i pochodzą od pijawek.

We 3 dni późniéj Stefan S. umarł, a sekcyja sądowa, wykonana przez tych samych znawców d. 15 września, wykazała:

A. Oględziny zewnętrzne: 1) Zwłoki mężczyzny liczącego lat około 26 są wzrostu średniego i dobrze zbudowane. Cała górna połowa ciała a dolna aż po kolana jest bardzo obrzmiała, szczególnie zaś twarz, która tworzy jeden pęcherz. Całe zwłoki są czarno zielonkowato zabarwione i pokryte jużto pęcherzami z podniesionego przyskórka wielkości pięści, a napełnionemi cieczą ciemno-zielonkowatą i cuchnącą, jużto szmatami odstającego przyskórka. Po nacięciu skóry w miejscach czarno zielonkowato zabarwionych nie widać nigdzie wynaczynionéj krwi, z wyjątkiem miejsc: 1) nad łopatką prawą, 2) nad łopatką lewą, 3) na ramieniu prawém po stronie zewnętrznéj, 4) na przedramieniu prawém po stronie zewnętrznéj i 5) na ramieniu lewém po stronie zewnętrznéj, z których to miejsc 1, 2, 4 i 5 jest każde wielkości dłoni, a 3 wielkości dwóch dłoni, na wszystkich tych miejscach po nacięciu skóry widać wynaczynioną krew pod skórą między tkanką łączną. 2) Cała czaszka jest pokryta włosem długim i brunatnym. Nad kością boczną prawą, znajduje się rana na 3cm. długa, o brzegach nie równych i pokrytych wypociną bardzo czarną, Rana ta drąży tylko przez grubość skóry. 3) Twarz jest do tego stopnia obrzmiała, że nie można z niéj rozpoznać rysów twarzy. Po rozwarciu powiek widać gałki oczne flakowato napięte, a rogówki tak mocno zmętniałe, że nie można dojrzeć tęczówek i źrenicy. Z jamy ust wydobywa się znacznéj ilości ciecz brudno czarna. 4) U ręki prawéj na palcu czwartym znajduje się po stronie grzbietowéj nad stawem pomiędzy falangą pierwszą i drugą, rana obejmująca $^3/_4$ obwodu palca o brzegach nierównych, a drążących do samego stawu. — 5) Klatka piersiowa i brzuch są tak bardzo obrzmiałe (pośmiertnie), że skóra w tych miejscach jak bęben jest napięta. Na brzuchu poniżéj pępka po stronie prawéj znajdują się na skórze 4 blizny po pijawkach ułożone w podkowę. Odnogi dolne są bardzo mało obrzmiałe i dają się tak samo jak i odnogi górne w stawach zginać. Zresztą nie znaleziono żadnych innych śladów obrażenia.

B. Oględziny wewnętrzne. 6) Po zdjęciu skóry z czaszki nie widać ani między mięśniami, ani na kości żadnego obrażenia odpowiadającego ranie na skórze. Kości czaszki są zbite, grube a istota kostna jest szaro zabarwiona. Opona twarda jest flakowato napięta i brudno szaro zabarwiona. Opony miękkie brudno szaro ı i również flakowato napięte; między niemi a mózgiem znajduje się mierna ilość cieczy bladéj brudnéj. Mózg na powierzchni jest brudno szary i niedokrewny, a zwoje mózgowe miernie wydatne. Mózg na przekroju jednostajnie brudno szaro zabarwiony, niedokrewny i rozpadający się. Kości czaszki na podstawie całe, a jak poprzednie zbite, grube i niedokrewne. 7) Błona śluzowa krtani i tchawicy brudno zielonkowato zabarwiona, rozpulchniona i pokryta cieczą pienistą, brudno zielonkowato zabarwiona. Gruczoł tarczykowy lewy jest wielkości prawidłowéj, na przekroju brudno brunatny, ziarnisty. 8) W worku sercowym znajduje się około 2 łyżek cieczy surowiczéj brudno brunatnéj, serce wiotkie i pokryte warstwą tłuszczu, który jest brudno żółtawo zabarwiony. W obu komórkach sercowych nie znajduje się nic krwi, zastawki prawidłowe, miąższ zaś sercowy brudno brunatno zabarwiony i kruchy. 9) W obu jamach opłucnych znajduje się po małéj ilości cieczy surowiczéj, ciemno brunatno zabarwionéj, przepona sięga po obu stronach aż do 4 żebra. Oba płuca wolne, na powierzchni ciemno-brunatno marmurkowe, na przekroju jednostajnie ciemno-brunatno zabarwione, przy ucisku trzeszczą i wydają płyn pienisty ciemno brunatno zabarwiony. Mięśnie klatki piersiowéj i jamy brzusznéj ciemno brunatno zabarwione, w trójnasób zgrubiałe w skutek pośmiertnego przesiąknięcia cieczą surowiczą ciemno-brunatną. Podściółka tłuszczowa prawie w zupełności zanikła. 10) Wątroba o brzegach zaostrzonych ma torebkę gładką i jest na powierzchni i na przekroju ciemno-brunatno zabarwioną, miąższ jest bardzo kruchy. 11) Nerki prawidłowéj wielkości, tkanka łączna na około nich przesiąknięta płynem surowiczym ciemno-brunatno zabarwionym. Torebki z nerek z łatwością schodzą, na powierzchni i na przekroju są jednostajnie ciemno-brunatno zabarwione, miąższ jest bardzo kruchy. 12) W jamie brzusznéj znajduje się znaczna ilość płynu ropiastego, czarno brunatno zabarwionego, kałem cuchnącego, jelito grube w całéj swojéj długości, szczególnie zaś w okolicy kiszki ślepéj za pomocą błon rzekomych, szaro zabarwionych, zlepione, jużto między sobą, jużto z jelitem cienkiém, które również w dolnéj części brzucha jest między sobą takiemi samemi błonami zlepione. 13) Żołądek bardzo rozdęty, na powierzchni ciemno szaro zabarwiony, zawiera płyn kałem cuchnący, ciemno-brunatny, przednia część żołądka jest brudno-szaro zabarwiona, tylna zaś ciemno-brunatna, błona śluzowa mocno rozpulchniona, na całym żołądku, tak na powierzchni zewnętrznéj, jak i na powierzchni wewnętrznéj, naczynia próżne, dolny brzeg żołądka przyklejony błonami rzekomemi do jelita grubego i do jelit cienkich. 14) Całe jelito tak cienkie jak i grube mocno rozdęte i w całości napełnione kałem bryjowatym brunatno zabarwionym, przedziurawienia nigdzie nie ma, tylko w tych miejscach, gdzie jelita między sobą spojone błonami rzekomemi, są ściany wskroś ciemno-brunatno zabarwione i rozpadające się, miejsc zaś takich wzdłuż całego jelita jest bardzo wiele, a każde z nich dochodzi od wielkości czworaka do wielkości dużéj wydłużonéj dłoni, leżą zaś wszystkie na tylnéj ścianie jelita; z wyjątkiem tych miejsc całe jelito cienkie na powierzchni brudno-szaro zabarwione, błona śluzowa jest tak samo brudna szara i rozpulchniona, jelito zaś grube na powierzchni ciemno-brunatne, błona śluzowa tak samo zabarwiona i rozpulchniona, kał w grubém jelicie gęsty i ciemno-brunatny. 15) W miejscu odpowiadającém bliznom po pijawkach jelita między sobą najwięcéj pozlepiane. Pęcherz moczowy skurczony.

Orzeczenie. Obrażenia opisane pod l. 1 i 2 są razem wzięte i każde z osobna lekkiém obrażeniem ciała, ponieważ potrzebowałyby do zupełnego wyleczenia piętnastu dni i ponieważ sprawiłyby tylużdniową niezdolność do pracy. Obrażenia te zadane zostały ciałem twardém, tępém i ze znaczną siłą. Obrażenie opisane pod l. 4 jest ciężkiém obrażeniem ciała, ponieważ potrzebowałoby do zupełnego wyleczenia i uzyskania zdolności do pracy przynajmniéj dni 30. Ponieważ zaś falanga druga i trzecia odpaśćby musiała i pozostałaby tylko falanga pierwsza, to obrażenie powyższe zostawiłoby tylko po sobie stałe oszpecenie ciała i częściową przeszkodę do pracy. Śmierć u badanego nastąpiła w skutek zapalenia otrzewny wywołanego przez wielkie nagromadzenie kału w całém jelicie (Nr. 12, 13 i 14). Badany cierpiał na zatkanie kałowe z następowém chroniczném zapaleniem otrzewny już przed pobiciem i to od dłuższego czasu, za czém przemawiają: niedokrewność, bardzo złe odżywienie

i stan brzucha, opisane pod Nr. 1 i 3 oględzin za życia; bicie po brzuchu zaś i podróż 17·5 kilometrowa w braku wszelkiéj pomocy lekarskiéj stan ten pierwotny pogorszyły, a z chronicznego zapalenia wywołały zapalenie ostre otrzewny. Gdyby zaś badany nie był cierpiał w chwili pobicia na zatkanie kałowe z następowém zapaleniem otrzewny, to także bicie i kopanie po brzuchu nie byłoby wywołało zapalenia ostrego otrzewny, ani w następstwie śmierci, albowiem żaden z organów brzusznych nie został obrażony. Czy badany był za życia bity i kopany po brzuchu, o tém nic stanowczego orzec nie możemy, ponieważ za życia ani po śmierci nie było żadnych śladów przemawiających za tém. Blizny po pijawkach na ścianie brzusznéj opisane są daty dawniejszéj i świadczą za tém, że badany już dawniéj musiał cierpieć na ból w brzuchu.

Po przedstawieniu wyniku śledztwa, według którego Stefan S. przed d. 6 września był zdrowym i zdolnym do kilkunastokilometrowéj drogi pieszéj, i że tegoż dnia został pobity w brzuch, obducenci oświadczyli co następuje:

Z badania sądowolekarskiego dokonanego za życia i po śmierci na zwłokach Stefana S. wynika, że Stefan S. już przed pobiciem cierpiał na zapalenie chroniczne otrzewny, powstałe w skutek zatkania kałowego, za czém przemawia stan ogólny badanego i stan brzucha opisany w oględzinach za życia; że cierpienie to bezwarunkowo musiało wywołać śmierć u badanego, a o wyleczeniu w chwili badania nie było już nawet mowy; że bicie po brzuchu, kopanie po brzuchu i w ogóle całe znieważenie badanego nie było przyczyną śmierci, lecz tylko mogło takową o kilka dni przyspieszyć. Co do okoliczności téj, jakoby Stefan S. przed doznaném dnia 6 września pobiciem był zdrowym, oświadczamy się, że już przedtém był słabym, a mianowicie, że cierpiał na zatkanie kałowe z następném zapaleniem otrzewny; zeznania jego sąsiadów nie zasługują na wiarę, albowiem lud wiejski uważa siebie i innych dopiero wtedy za słabego, jeżeli już nic jeść nie może, i jeżeli się nie może o własnych siłach z łóżka podnieść.

Sąd nie poprzestał jednak na tém orzeczeniu, lecz przesłał akta śledztwa Wydziałowi lekarskiemu z prośbą o wydanie orzeczenia stanowczego.

Orzeczenie Wydziału opiewało jak następuje:

1. Z aktów śledztwa wynika, że Stefan S., lat 26 liczący, d. 6 września wracając piechotą do domu wstąpił po drodze do karczmy i tam cieleśnie obrażony został tak, że już zaniechał dalszéj drogi i pozostał w karczmie przez noc a dopiero nazajutrz przez brata do domu odwiezionym został, brat ten zaś (N. D. 13) podaje, że obrażonego zastał w karczmie leżącego i mocno stękającego.

2. D. 9 września komisyja sądowolekarska sprawdziła u Stefana S. oprócz ciężkiego uszkodzenia palca pierścieniowego ręki prawéj wybitne zapalenie ostre otrzewny.

3. D. 12 września a więc w 6 dni po pobiciu nastąpiła śmierć Stefana S., a sekcyja sądowa wykazała ostre ogólne zapalenie otrzewny jako przyczynę śmierci.

4. Jakkolwiek zlepienie jelit za pomocą błon rzekomych przemawia istotnie za tém, że Stefan S. dawniéj przebył zapalenie otrzewny, to jednak nic za tém nie przemawia, aby był cierpiącym bezpośrednio przed pobiciem; znalezione zaś d. 9 września 4 blizny w podpępczu prawém dowodzą tylko, że choremu stawiano pijawki, a ponieważ blizny te jeszcze były sinawo zabarwione, więc postawienie pijawek musiało nastąpić co najwięcéj na parę dni przed 9 września, a mogło nastąpić i 7go września, czego w śledztwie nie sprawdzono, co atoli jeszcze teraz sprawdzić można.

5. Jeżeli się więc uwzględni typowy przebieg zapalenia otrzewny u człowieka poprzednio do dłuższéj wędrówki zdolnego, należy koniecznie przypuścić związek przyczynowy pomiędzy pobiciem, którego doznał Stefan S. d. 6 września a jego śmiercią, a brak śladów obrażenia na brzuchu wcale przeciw temu związkowi nie przemawia.

6. Z uwagi atoli na okoliczność w ustępie 4tym przytoczoną, oraz z uwagi na rzadkość pierwotnego zapalenia otrzewny, wypada przypuścić, że uraz w danym przypadku pociągnął za sobą zejście śmiertelne z powodu szczególnego usposobienia cielesnego, o jakiém wspomina ustawa.

7. Rozumie się samo przez się, że z licznych obrażeń, których Stefan S. doznał d. 6 września, tylko ten uraz stał się zabójczym, który dotyczył okolicy brzucha. W szczególności zaś silne ugniecenie brzucha lub kopanie zdolném jest wywołać zapalenie otrzewny.

Pomimo całéj dokładności dochodzenia sądowolekarskiego niepodobna było w tym przypadku zgodzić się z orzeczeniem pp. obducentów, jakoby związek przyczynowy pomiędzy pobiciem, którego denat doznał d. 6 września, a śmiercią jego, która nastąpiła w 6 dni późniéj, nie dał się wykazać. Jakkolwiek bowiem przyznać należy, że lud nasz prosty nie dba wiele o swoje zdrowie i nie poddaje się prędko chorobie, to jednak przekracza to bardzo miarę, jeżeli się przypuszcza, że człowiek cierpiący zapalenie otrzewny za interesem puszcza się pieszo w drogę kilkunastokilometrową i wracając do domu wstępuje do karczmy, gdzie wdaje się w kłótnię i bitkę. Wszakże wypadało raczéj z góry przypuścić, że człowiek ten musiał cieszyć się zdrowiem względném, które utracił w skutek téj bitki, jeżeli się uwzględni, że od téj chwili aż do śmierci nieprzerwanie chorował ciężko, że w 3 dni po bitce sprawdzono wybitne objawy zapalenia otrzewny i że umarł w ciągu dni 6. Przeciw temu przypuszczeniu badanie uskutecznione śród choroby i po śmierci nietylko nie przemawia, lecz przeciwnie najzupełniéj je potwierdza, a znalezione przy sekcyi zmiany odnoszące się do dawniejszego zapalenia otrzewny dowodzą tylko, że denat już poprzednio, może w skutek podobnego zajścia, przebył szczęśliwie zapalenie otrzewny, a zatém, że do zapalenia takiego był usposobiony. Dla tego téż Wydział uwzględniając tę skłonność, w orzeczeniu swém korzystał z osnowy § 129 ustawy o postępowaniu karném, który między innemi poleca znawcom, aby zastanowili się nad tém, czy czyn sprowadził śmierć z powodu właściwego ustroju osobistego, albo z powodu szczególnego stanu obrażonego (ustęp 2, b); zastósowawszy zaś ten ustęp do przypadku niniejszego Wydział zwrócił uwagę Sądu na ważną okoliczność, że urazowe zapalenie otrzewny bez uszkodzenia jelita zdarza się rzadko, a jeżeli uraz przecie następstwo to wywołał, było to wynikiem skłonności obrażonego do takiego zapalenia, skłonności, o któréj świadczy przebyte już poprzednio podobne zapalenie. Tym sposobem uczyniło się zadosyć wszelkim względom słuszności; obrażenie w skutek tego orzeczenia nie przestaje wprawdzie być śmiertelném, ale Sąd w takim razie przypuszcza okoliczność łagodzącą winę a tém samém wyznacza karę łagodniejszą. Że zaś brak śladu obrażenia na powłokach brzusznych nie wyklucza wcale urazu narzędziem tępém zadanego, przypomnieć jest prawie rzeczą zbyteczną.

IV. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

B) Przekrwienie opon mózgowych i mózgu.

Rozpoznawanie przekrwienia opon mózgowych i mózgu u dzieci jako choroby samoistnéj w tych tylko razach miejsce mieć może, gdy pojawia się niezależnie od chorób innych współcześnie przebiegających, połączonych z znaczném podwyższeniem ciepłoty i rozwija się nagle pod wpływem: 1) zadziałania promieni słonecznych, upału, 2) przeciążenia pracą umysłową, co czasem u dzieci do szkół uczęszczających spostrzegać się daje, 3) wprowadzenia do organizmu środków podniecających, jak alkoholu, eteru itp., 4) wytworzenia się w samymże organizmie podobnie działających składników, np. acetonu, 5) wreszcie pod wpływem chwilowego utrudnienia odpływu krwi żylnéj z czaszki, np. przy ułożeniu ciała z obwiśniętą głową, przy parciu na stolec itp.

W innych bowiem przypadkach trudno jest powiedzieć, czy objawy spostrzegane u chorego odpowiadają przekrwieniu opon mózgowych i mózgu, czy też zależne są od innéj jakiéj alteracyi mózgowia skutkiem odmiennéj mięszaniny krwi, jak to się przydarza w chorobach zakaźnych. Zwłaszcza w przypadkach chorób zakaźnych przebiegających ze znaczną gorączką napotykamy często objawy, odpowiadające obrazowi przekrwienia opon i mózgu a jednakowoż badanie pośmiertne żadnego przekrwienia nie wykazuje. Zarzucić można wprawdzie, iż przekrwienie jest sprawą przemijającą, ale dla czegóż w wielu innych przypadkach, gdzie takiż sam był obraz chorobowy, stwierdziła sekcyja wyraźne przekrwienie mózgowia i to nawet w takim razie, gdzie objawy za życia mniéj były wyraźne.

Wyliczone powyżéj przyczyny wywołujące przekrwienie opon mózgowych i mózgu są tylko warunkami zewnętrznemi, etyjologicznemi; pod względem fizyjologicznym pojawienie się przekrwienia zależy jak wiadomo:

1) od czynności serca, względnie od podwyższenia jéj,

2) od oporu ścian naczyń krwionośnych, jaki większemu przypływowi krwi stawiają.

3) od ucisku, jaki płyn mózgowo-rdzeniowy na miąższ mózgu i naczynia krwionośne wywiera,

4) od odpływu krwi żylnéj z jamy czaszkowéj.

Rozważmy zatém, czy wiek dziecięcy nie posiada jakich predyspozycyj do łatwiejszego powstawania przekrwienia opon i mózgu aniżeli to się przytrafia u osób dorosłych.

I tak: ad 1) czynność serca zostaje o wiele łatwiéj w wieku dziecięcym pobudzoną, niż w wieku dojrzałym, gdyż jak doświadczenia uczą, system nerwowy hamujący (*vagus*) mniéj jeszcze jest udoskonalony. Im dziecię jest młodsze, tém więcéj jest pobudliwe.—Dzieci czerwienią się lub bledną łatwo i prędko przy bodźcach jakich na ustrój nerwowy działających, podczas gdy dorośli—jak mówimy—panują nad sobą. Wiadomo każdemu, jak łatwo powstaje bicie serca u dzieci pod wpływem różnorodnych a po większéj części słabych tylko bodźców i jakim zmianom ulegać może co do liczby tętno.

Ad 2) Opór, jaki ściany naczyń krwionośnych silniejszemu przypływowi krwi stawiają, jest w wieku dziecięcym mniejszy niż w wieku starszym, gdyż światło tętnic jest w stosunku do wymiarów serca w wieku dziecięcym zanadto szerokie.

Ad 3) Ucisk płynu mózgowordzeniowego na naczynia krwionośne w mózgu jest w wieku dziecięcym mniejszy, gdyż mózg sam jest podatniejszy, więcéj ściśliwy a ciemię do pewnego wieku nie jest zarośniętém, zatém może się wypuklić, szwy zaś niepozrastane w zupełności mogą się nieco rozstąpić, czyli innemi słowy pojemność czaszki jest większa. Z téjże saméj jednak przyczyny i więcéj krwi do jamy czaszkowéj przypłynąć może bez wywołania jeszcze objawów przekrwienia.

Ad 4) Odpływ krwi żylnéj z jamy czaszkowéj odbywa się pod temi samemi warunkami w wieku dziecięcym co i starszym.

Widzimy zatém, iż istnieją wprawdzie predyspozycyje oparte na podstawie anatomicznéj i fizyjologicznéj do łatwiejszego powstania przekrwienia opon mózgowych i mózgu u dzieci, że jednak do pewnego stopnia i do pewnego wieku może wpływy te równoważyć większa pojemność jamy czaszkowéj. Dla tego też u dzieci tylko znaczniejsze stopnie przekrwienia wywołują przypady groźniejsze, wybitniejsze, podczas gdy u dorosłych, jeżeli występuje przekrwienie opon, to objawy kliniczne nie mogą ujść uwagi badającego. Co się tyczy pomienionych objawów, to nie są one tak stałemi, ażeby w każdym przypadku przekrwienia opon mózgowych i mózgu wystąpić miały. I tak np. do objawów przekrwienia zaliczamy: ból głowy, drażliwość na światło i silniejsze szelesty, szum w uszach, bezsenność; daléj nastrzykanie spojówek, zwężenie źrenic, mienienie się twarzy, czerwienienie lub blednienie naprzemian szybko występujące, zgrzytanie zębami, bełkotanie, plątanie się języka, widoczne tętnienie tętnic głowowych, napięcie tętnic skroniowych, nadto w przypadkach cięższych przemijającą nieprzytomność, wymioty, charczenie i napady drgawkowe, jednak krótkotrwałe. Przypady te jednak tylko w nielicznych przypadkach występują u dzieci w komplecie, częściéj zauważamy tylko niektóre z nich a nierzadko także nie ma żadnego objawu za życia albo też objawy te niewybitne łatwo wytłumaczyć można chorobą główną. A chociażby nawet w poszczególnym przypadku wystąpiły wszystkie powyżéj wyliczone objawy, to nie uprawniałyby nas jeszcze do rozpoznania samego tylko przekrwienia opon mózgowych i mózgu, lecz do rozpoznania jego potrzeba jeszcze, ażeby objawy te w krótkim czasie bez śladu ustąpiły. Badanie wziernikowe oczu, tak przez Bouchuta zalecane w celach rozpoznawczych, rozpoznania w niczémby nieupewniało.

Co się tyczy naszéj obserwacyi szpitalnéj, to przekrwienia pierwotnego, samoistnego opon i mózgu nie zauważyliśmy nigdy, następowe zaś przekrwienie widzieliśmy w 8miu przypadkach, lecz na stole sekcyjnym. Z tych raz towarzyszyło ono gruźlicy ogólnéj, raz wrodzonéj wadzie sercowéj, dwa razy ospie, a cztery razy dławcowi i błonicy. Protokół sekcyjny przypadku pierwszego podam obszerniéj, gdyż z kilku względów zasługuje na uwagę.

Przypadek ten dotyczy Karola Parchera, chłopca 5-letniego przyjętego do szpitala dnia 15 lipca 1880 z objawami zapalenia płuc i opłucny, obrzękiem śledziony i bąblicą. Objawów ze strony narządu nerwowego środkowego nie było żadnych prócz śpiączki i zwężenia źrenic. Wśród ogólnego zapadu umarł tegoż samego dnia o godzinie 3ciéj popołudniu.

Sekcyja wykonana 16 lipca 1880 (prof. Browicz) wykazała: Średni stan odżywienia, podściółka tłuszczowa miernie rozwinięta, w szpiku kostnym drobne gruzełki charakterystyczne. Opona twarda silnie przyczepiona do wewnętrznéj powierzchni czaszki, opony miękkie nastrzykane mocno na całéj powierzchni, mózg przekrwiony. Wiotkie cienkie błony rzekome na dolnych częściach płuc. Opłucna obu płuc ćmawa, pokryta warstwą cienką wypociny włóknikowéj, liczne nadto świeże wybroczyny opłucnowe. Powierzchnie rozkroju obu płuc jednostajnie szaro-czerwone, gładkie, miąższ zbitszy, niekruchy, bardzo mało powietrzny, przy ucisku zalewający się skąpą cieczą mętnawą. Nader liczne szarawe charakterystyczne gruzełki rozsiane wśród obu płuc. (Nigdzie ogniska serowatego). Gruczoły oskrzelowe powiększone, po stronie prawéj wielkości orzecha włoskiego, częściowo zserowaciałe. Osierdzie ścienne prawidłowe, na sercowém kilkanaście gruzełków szarawych. Serce prawidłowéj wielkości, mięsień dosyć wiotki (mikroskopowo badany) ostro zwyrodniały. Tuż pod śródsierdziem w wysokości przyczepienia mięśnia brodawkowego tylnego komórki lewéj, ognisko podłużne 1 cm. długie, 3 mm. grube, podśródsierdziowe, białawo żółtéj masy serowatéj. Przednia ściana przy szczycie w długości 2cm. na szerokość $1^{1}/_{2}$cm. zajęta w całéj grubości naciekiem częścią szarawo przeświecającym, częścią białawo-żółtawym. Osierdzie sercowe jakoteż wśródsierdzie w tém miejscu zgrubiałe, nastrzykane. W śródsierdziu obu komórek kilka gruzełków szarawych, drobniutkich. W jamie brzusznéj ciecz mętna, strzępy włóknikowe zawierająca. W otrzewnie jelitowéj a tu i owdzie i ściennéj, liczne gruzełki odosobnione, częścią skupione. Otrzewna w wielu miejscach nastrzykana, ćmawa, zrosty przyczepinowe rozległe. Wątroba stłuszczona. Śledziona 232 grm. wagi, miękka, szarawo-wiśniowa (barwik mikroskopowo) zawiera dwa ogniska serowate wielkości bobu. Nerki znacznie stłuszczone, w piramidach gruzełki w kępkach ułożone, w jedném miejscu skupione około środkowego ogniska serowatego wielkości grochu; wśród istoty korowéj mniéj liczne ogniska serowate, drobne, wielkości główki szpilki. Żołądek okazuje parę drobnych nadżerek krwawych. W dolnéj części jelita biodrowego hyperplastyczne gruczoły odosobnione i kępy Peyera, wśród których owrzodzenia o brzegach strzępiastych nastrzykanych, dnie czystém, jeden wrzód do błony surowiczéj sięgający, na otrzewnie w tém miejscu gruzełki. Błona śluzowa w całości blada, gładka, cienka. Gruczoły limfatyczne miernie powiększone gdzieniegdzie zawierają drobne ogniska serowate. W naczyniówce oka prawego kilka drobniutkich gruzełków.

Pominąwszy dość rzadko przydarzającą się obecność dużego guza gruźliczego w sercu, zasługuje przypadek ten z tego względu na baczniejszą uwagę, iż wobec nadzwyczaj rozległéj sprawy gruźliczéj we wszystkich narządach klatki piersiowéj i brzucha, wobec zajęcia błon surowiczych, opłucny, osierdzia, otrzewny; wobec istnienia gruzełków na naczyniówce, nie można było wykazać żadnego gruzełka na oponach mózgowych, lecz tylko silne ich przekrwienie, które jednak, mojém zdaniem, wywołaném być musiało zadrażnieniem opon prawdopodobnie prątkami gruźliczemi, a które w jak najkrótszym czasie, gdyby dziecię było jeszcze żyło, byłyby może wywołały rozwój gruzełków. Mikroskopowo opon nie badano dla przyczyny bardzo prostéj, bo prątków gruźliczych jeszcze nie znaliśmy. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Sposób zapobieżenia wściekliźnie po ukąszeniu.

Wykład L. Pasteura.

(Niezwykłe zajęcie, jakie wzbudziła wiadomość o ochronie od wścieklizny podana przez słynnego francuskiego badacza na posiedzeniu paryskiéj Akademii Umiejętności w dniu 27 października rb., skłania nas do podania w dosłownem tłumaczeniu dotyczącego wykładu, według urzędowego sprawozdania w *Bulletin de l'Academie des sciences*).

Poprzednie wiadomości co do ochrony od wścieklizny, jakie we własném i mych współpracowników imieniu przedstawiałem, wykazywały niewątpliwie istotny postęp co do badań nad tą chorobą, byłto atoli zawsze postęp raczéj naukowy niż praktyczny. Ochrona zawisła była od przypadku. Z 20 psów, u których sposób ten zastósowano, można było zaledwie 15 lub 16 uczynić opornemi (*refractaire*) na wściekliznę.

Z drugiéj strony wskazaném było, aby postępowanie to kończyć szczepieniem bardzo zaraźliwém, szczepieniem jadu kontrolnego, a to aby zapewnić i utrwalić stan ochronny. Ostrożność wymagała, aby po ostatniém szczepieniu obserwować psy przez dłuższy okres czasu, aniżeli odpowiadający czasowi wylęgania jadu przy ostatniém szczepieniu wszczepionego. Należało nieraz wyczekiwać 3 i 4 miesiące, aby nabrać pewności, iż nastała ochrona. Takie wymagania ograniczyłyby były zastósowanie tego sposobu.

Nakoniec zawsze nagłe i bezpośrednie zastósowanie tego sposobu byłoby było rzeczą trudną a warunek to nieodzownie konieczny, gdyż obrażenia przez psy wściekłe zdarzają się przypadkowo i nieprzewidzianie.

Należało zatém starać się, o ile można, o sposób rychléj do celu prowadzący i dający u psów prawie zupełną pewność.

A jakże nadto bez zrobienia tego kroku na drodze postępu możnaby było pomyśleć o robieniu prób na ludziach?

Po niezliczonych, rzec można, doświadczeniach znalazłem rychły i łatwo wykonać się dający sposób ochronny, którego wyniki na psach są już dostatecznie licznemi a tak pewnemi, że mam silną wiarę w możność ogólnego ich zastósowania u wszystkich zwierząt a nawet u ludzi. Sposób ten polega głównie na następujących faktach:

Jeżeli królikowi po trepanacyi zaszczepimy pod oponę twardą kawałek rdzenia z psa wściekłego, to zwierzę po okresie wylęgania, trwającym średnio mniéj więcéj 14 dni, ulega wściekliźnie. Jeżeli jad z tego pierwszego królika wprowadzimy w dopiero co opisany sposób do ustroju drugiego królika a z drugiego przeszczepimy na trzeciego i tak daléj postępować będziemy, to okaże się, iż czas wylęgania jadu wścieklizny u następnie szczepionych królików coraz bardziéj się skraca.

Po 20 lub 25 przejściach z królika na królika znajdujemy, że czas wylęgania trwa dni 8 a stan ten utrzymuje się przez ciąg nowych 20 lub 25 szczepień. Po nich osiągamy siedmiodniowy okres wylęgania, który powtarza się następnie z zadziwiającą regularnością w nowym szeregu aż do 90 szczepień. Do téj liczby dotarłem obecnie a jedynie z trudem można osiągnąć okres wylęgania nieco krócéj niż 7 dni wynoszący.

Doświadczenia te rozpocząłem w listopadzie 1882, trwają więc już lat trzy, w czasie których nigdy seryi nie przerwałem i nigdy nie użyto innego jadu jak jadu z królika, który kolejno zdechał z wścieklizny. Można więc rozporządzać

nader łatwo i przez czas dłuższy ciągle jadem wścieklizny zupełnie czystym i zawsze albo zupełnie lub prawie zupełnie jednakowym. To jest praktyczna strona tego sposobu.

Rdzeń tych królików jest w całéj swéj rozciągłości przejęty jadem wścieklizny i każde jego miejsce jest równie zaraźliwe. Jeżeli taki rdzeń, wśród o ile można największych ostrożności co do czystości, pokraje się na kawałki centymetr długości mające i jeżeli zawiesi się je w suchéj atmosferze, to powoli znika zaraźliwość, aby ostatecznie całkiem zniknąć. Czas potrzebny do zupełnego zniknięcia zaraźliwości ulega wahaniom stósownie do grubości kawałków rdzenia, głównie jednak odpowiednio do zewnętrznéj ciepłoty. Im niższą jest ciepłota, tém dłużéj utrzymuje się jad. Wyniki te stanowią naukową istotę tego sposobu. Stwierdziwszy te fakty miałem w ręku środek, aby psa w ciągu krótszego lub dłuższego czasu od wścieklizny zabezpieczyć.

W szeregu flaszeczek, w których powietrze przez umieszczenie na dnie ich kawałków potasu utrzymuje się w suchości, zawiesza się codziennie świeży kawałek rdzenia z królika zdechłego z wścieklizny, która się rozwinęła po siedmiodniowym okresie wylęgania. Następnie wstrzykuje się codziennie pod skórę psa pełną strzykawkę Pravaza cieczy dokładnie sterylizowanéj, w któréj zarobiono mały kawałeczek z tych suchych kawałków rdzenia. Rozpoczyna się przy tém od rdzenia, który włożono na dniu o tyle wyprzedzającym dzień operacyi, iż można być zupełnie pewnym, że ten rdzeń jest prawie zupełnie niezaraźliwym. Poprzednie doświadczenia dały nam wyjaśnienie co do tego punktu.

W dniach następnych operuje się w podobny sposób z świeższemi kawałkami rdzenia, z których każdy jest o 2 dni młodszy od poprzedniego, aż dojdziemy nakoniec do ostatniego, nadzwyczaj zaraźliwego, rdzenia, który się dopiero jeden lub dwa dni w suchości znajduje. Pies po przebyciu tego procesu szczepienia staje się zupełnie od wścieklizny ochronionym, można mu jad wścieklizny podskórnie lub po trepanacyi nawet na powierzchni mózgu szczepić a wścieklizna nie wybucha.

Używając tego sposobu powiodło mi się 50 psów różnego wieku i rasy uczynić opornemi na wściekliznę a nie natrafiłem przy tém ani na jeden przypadek, któryby się był nie udał.

Dnia 6 lipca rb. całkiem niespodziewanie zjawiły się w mém laboratoryjum trzy osoby z Alzacyi.

Teodor Vone, kupiec korzenny z Meissengott pod Schlestadt, pokąsany 4 lipca przez własnego psa, który się wściekł.

Dziewięcioletni Józef Meister, pokąsany przez tegoż samego psa 4 lipca o godzinie 8 rano. Pies obaliwszy chłopca na ziemię zadał mu liczne rany, niektóre nawet bardzo głębokie, na rękach, podudziach i udach, które mu chód utrudniały. Największe z pośród tych ran dopiero w 12 godzin po okaleczeniu d. 4 lipca o 8 wieczór wypalił kwasem karbolowym Dr. Weber z Villé.

Trzecią osobą była matka Meistra niepokąsana.

Przy sekcyi psa zabitego przez właściciela znaleziono żołądek wypełniony owsem, sianem i kawałkami drzewa. Meistra powalanego krwią i pianą wyciągnięto z pod zwierzęcia.

Vone miał znaczne wynaczynienia na barkach, zapewniał jednak, że zęby psa nie przebiły mu koszuli. Ponieważ nie było się czego obawiać, powiedziałem mu, iż może jeszcze tego samego dnia odjechać do Alzacyi, co się też i stało, Meistra wraz z matką zatrzymałem.

Tegoż dnia poprosiłem Dra Vulpiana, oraz prof. szkoły lekarskiéj Dra Granchera o bezzwłoczne zbadanie Meistra i stwierdzenie jego stanu oraz liczby jego ran, których miał 14. Orzekli oni, iż sądząc po rozległości i liczbie ran należy się, niestety na pewne, spodziewać u Meistra wybuchu wścieklizny, poczém zaznajomiłem ich z nowemi wynikami, jakie badając wściekliznę poczynilem, od czasu mego wykładu w roku zeszłym w Kopenhadze.

Gdy śmierć chłopca zdawała się być nieuniknioną, postanowiłem, jak łatwo pojąć trapiony wątpliwościami, spróbować na Meistrze sposobu, który mi się tak udawał na psach.

Psy, na których robiłem spostrzeżenia, nie były wprawdzie pokąsane, zanim się u nich rozwinęła oporność na wściekliznę, wiedziałem jednak, że o to troszczyć mi się nie wypadało, bo już poprzednio u znacznéj liczby psów wywołałem oporność po ukąszeniu. Członków należących do Komisyi do badań nad wścieklizną *(Commission de la rage)*, zaznajomiłem w roku bieżącym z tym nowym a ważnym krokiem na drodze postępu.

Dnia 6 lipca o 8méj wieczór, w 60 godzin po ukąszeniu, wstrzyknąłem w obec Vulpiana i Granchera, Meisterowi pod fałd skóry ujęty w prawém podżebrzu pół strzykawki Pravaza z rdzenia królika zdechłego na wściekliznę dnia 11 czerwca, a więc 24 dni wprzód.

Dni następnych szczepiono zawsze na podżebrzach, w warunkach uwidocznionych w następnéj tabliczce:

	½ szprycki Pravaza			
7/7 9 rano	rdzeń z 23/6	mający	14	dni
7/7 6 wieczór	„ „ 25/6	„	12	„
8/7 9 rano	„ „ 27/6	„	11	„
8/7 6 wieczór	„ „ 29/6	„	9	„
9/7 11 rano	„ „ 1/7	„	8	„
10/7 11 „	„ „ 3/7	„	7	„
11/7 11 „	„ „ 5/7	„	6	„
12/7 11 „	„ „ 7/7	„	5	„
13/7 11 „	„ „ 9/7	„	4	„
14/7 11 „	„ „ 11/7	„	3	„
15/7 11 „	„ „ 13/7	„	2	„
16/7 11 „	„ „ 15/7	„	1	„

Zrobiłem zatém 13 szczepień w ciągu 10 dni. Wspomnę późniéj, iż byłaby wystarczyła mniejsza liczba szczepień. Łatwo jednak pojąć, że przy téj pierwszéj próbie ze szczególną oględnością postępować musiałem. Jad różnych preparatów rdzenia, których używano, szczepiono po trepanacyi nowym królikom, a to aby ocenić stopień zaraźliwości tych preparatów.

Ze spostrzeżeń na tych królikach można było stwierdzić, że preparaty z rdzenia z 6, 7, 8, 9 i 10 lipca nie były zaraźliwe, gdyż nie wywoływały wścieklizny u królików. Preparaty z 11, 12, 14, 15, 16 lipca były wszystkie zaraźliwe, a jad był stosunkowo coraz dzielniejszy. Wścieklizna rozwinęła się w 7 dni po zaszczepieniu preparatów z 15go i 16 lipca; w 8 dni po zaszczepieniu preparatów z 12 i 14 lipca, w 14 dni po zaszczepieniu z 11 lipca.

W ostatnich dniach szczepiłem zatém Meistrowi jad najzaraźliwszy, jad psa, który przez niezliczone przejścia z królika na królika był wzmocniony, jad, który u tych zwierząt wywoływał wybuch wścieklizny po 7-dniowém wylęganiu, a u psów po 8 lub 10 dniach. Byłem do tego uprawnionym po tém, co się zdarzyło u 50 psów, o których wspominałem. Skoro osiągnięto stan ochrony, można szczepić najzaraźliwszy jad w dowolnych ilościach bez jakiegokolwiek niepomyślnego skutku; a zawsze czyniło to na mnie wrażenie,

jak gdyby to nie miało żadnego innego wpływu nad jeszcze silniejsze utrwalenie oporności.

Meister zatém nietylko uniknął wścieklizny, która w skutek jego ran powstać mogła, ale także i wścieklizny, o wiele zaraźliwszéj aniżeli wścieklizna zwykłego psa wściekłego, którą mu szczepiłem dla kontroli téj ochrony, jaką zawdzięcza zastosowanemu postępowaniu.

To nader zaraźliwe szczepienie ochronne ma jeszcze tę korzyść, że przez nie ograniczonym zostaje czas, przez który należy się obawiać złych skutków ukąszenia. Gdyby wścieklizna wybuchnąć mogła, to rozwinęłaby się daleko rychléj w skutek jadu, który jest zaraźliwszy od jadu samego ukąszenia. Od połowy sierpnia spokojnie patrzyłem w przyszłość młodego Meistra, a i dziś po upływie 3 miesięcy i 3 tygodni stan jego zdrowia nie pozostawia nic do życzenia. (Dok. n.)

Sprawozdanie z drugiéj seryi posiedzeń w sprawie cholery odbytych w Państwowym Urzędzie Zdrowia w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

Zwolennicy szerzenia się cholery przez wodę mogliby zarzucić, że może tak się rzeczy miewają w Indyjach ale nie w Europie, gdzie za wspomnianą teoryją przemawia zgodność wielu faktów, a daléj, że dowód co do Indyj opiera się na datach statystycznych, a wiadomo, jak niepewną jest statystyka indyjska. W obec tego możliwego zarzutu usiłuje Pettenkofer wykazać, iż cholera rozchodząc się jest taką samą, jak w ojczyźnie i że co do statystyki nie zachowuje się inaczéj w Niemczech, gdzie statystykę prowadzą sami aprobowani lekarze, aniżeli w Kalkucie. W tym względzie odwołuje się Pettenkofer do wykazów miesięcznych dotyczących Prus całych, obwodu opolskiego, Królestwa saskiego i Bawaryi. Wykazy odnośne przemawiają wybitnie za czasowém usposobieniem, nawet wybitniéj niż w Indyjach, bo w Niemczech klimatyczne różnice między pojedynczemi miesiącami są wyraźniejsze niż w Indyjach. Że wśród wpływów klimatycznych ciepłota nie może być rozstrzygającym czynnikiem, tego dowodzą epidemije zimowe, oraz spostrzeżenia tak w Europie jak w Indyjach czynione. Że z pośród klimatycznych wpływów przesiąknięcie gruntu i wahania co do niego (stosunki wody gruntowéj) ważną odgrywają rolę, wykazał Pettenkofer już dawniéj w Indyjach i Bawaryi, — przy zapatrywaniach téż swych obstaje. Jak zaś wielki wpływ stosunki te wywierają okazuje się z uwzględnienia częstości cholery w mniejszych obszarach. Porównywając pod tym względem Saksonię i Bawaryję, można spostrzedz, jak różne usposobienie okazują pojedyncze okręgi, a ciekawém też jest, że w okręgach, które okazują usposobienie do cholery, największą bywa śmiertelność w gorących miesiącach, a mimo to cholera nie występuje jednakowo.

W dalszym ciągu przedkłada Pettenkofer cyfry odnoszące się do śmiertelności z cholery w Niemczech i w Indyjach. W Królestwie pruskiém od r. 1848 do 1859 z pośród ludności 17,739.913 zmarło z cholery 167.059, średnio więc rocznie 7·84 na 10.000. W Indyjach jest wiele i to dużych okręgów, które w ciągu lat 12 (1871—1882) o wiele mniéj od cholery ucierpiały. Nawet środek endemicznego obszaru, zamieszkany przez 30,640.125, okazuje tylko średnią roczną śmiertelność 18·08 na 10.000. W obwodzie bengalskim w prowincyjach północno-zachodnich, leżących między obszarem endemicznym i epidemicznym a mających 26,827.145 mieszkańców, śmiertelność równa się 11·25 a we wschodniéj części Pandschab (6,548.573) tylko 3·12, a w zachodniéj części tego kraju (13,350.741 mieszk.) jedynie 2·20 na na 10.000. —Wynika ztąd, iż Prusy mają dwa razy większe usposobienie niż Pandschab, dokąd w tak krótkim czasie dostać się można z obszaru endemicznego. Kontagijoniści i zwolennicy szerzenia się cholery za pomocą wody do picia niech objaśnią, dla czego w Pandschabie chorzy swemi wypróżnieniami tak mało zarażają i dla czego tam tak rzadko i tak mało wydaliny cholerycznych dostają się do wody do picia? Niech daléj objaśnią, dla czego różne części Indyj w tak różnych porach są usposobione do cholery, że w niektórych przypadają maxima wtedy, gdy w innych są minima, mimo tak ułatwionych stosunków komunikacyi? Z tych czasowych i miejscowych różnic widzieć też można, jak fałszywém jest mniemanie De Renzyego, iż przez poprawę zaopatrzenia w wodę będzie można załogi północno-zachodnich Indyj tak od cholery uchronić jak fortecę William. Fakty, które przywodzi Cuningham dowodzą, iż cholera mimo złéj wody do picia północno-zachodnie części Indyj i Pendshab daleko więcéj oszczędza niż Dolną Bengaliję, w któréj 9 razy wiecéj ludzi zmiera. Jeżeli mimo to czasami w niektórych miejscowościach zdarzają się gwałtowne wybuchy cholery, to przyczyny tego leżeć muszą gdzieindziéj nie w wodzie do picia i Cuningham ma słuszność mówiąc: „Teoryja co do znaczenia wody do picia stoi w sprzeczności z całą historyją cholery w Indyjach“.

Te epidemijologiczne fakty, które są niewątpliwemi, a które każdy i bez drobnowida widzieć może, dawno są znane, ale jeszcze żaden z kontagijonistów i zwolenników szerzenia się cholery przez wodę do picia nie pokusił się o ich wyjaśnienie ze swego stanowiska, poprostu niepoznawano ich, ponieważ teoryjom wspomnianym nie odpowiadają. Wszelkie bliżéj i staranniéj badane fakty co do wpływu wody do picia w Indyjach przemawiają przeciw powszechnie panującym w Europie hypotezom, mimo że już przed laty Cuningham wyrzekł wyżéj przytoczone zdanie. Pettenkofer powiada, iż ciekawą jest rzeczą, dopóki wbrew niewątpliwym faktom utrzymywać się będzie u nas dziecinna wiara? Zamrze ona dopiero z ostatnim kontagijonistą, bo woda do picia stanowiła dla niego jeszcze *ultimum refugium*, nawet gdy bieliznę choleryczną opuścić musiał. Budynek teoretyków wodnych, w którym tylu sądziło się być bezpiecznymi i wolnymi od dalszego myślenia, zapada się zawsze i wszędzie, skoro tylko wstrząśniemy nim logiką i doświadczeniem począwszy od kamienia węgielnego w r. 1854 w Golden Squar, aż do najnowszego wybuchu cholery w Genewie w r. 1884 rzekomo w skutek wody do picia. Znaczenie pierwszego omówił już Pettenkofer w osobnym artykule czasopisma *Nord u. Süd*, ale co do ostatniego poddaje krytyce niektóre twierdzenia *Deut. med. Wochenschrift*, równie niedające się utrzymać jak inne dowody. Dr. Maragliano, kontagijonista i zwolennik teoryi szerzenia się cholery za pośrednictwem wody, starał się wykazać w mianym wykładzie, iż cholera w Genui 1884 wyszła z wodociągu Nicolay i ustała, gdy użycia wody z niego zaniechano. Okres wylęgania podaje on na 2 dni i podaje, iż właśnie we dwa dni po zamknięciu wodociągu (28 i 29 września) epidemija szybko się zmniejszyła, oraz że 94% wszystkich, którzy zapadli, używało wody z wspomnionego wodociągu. Wbrew tym podaniom donosi *Gazeta di Genova*, że wodociąg rzeczony ma dwojakie rury, jedne o wielkiém ciśnieniu, drugie o małém. Zamknięcie rur pierwszych nastąpiło 26 września, drugich 27 września, z czego wnosić wypada, że albo okres wylęgania trwa 4 a nie 2 dni, lub że przebieg cholery zawisł od innych przyczyn. Inne jeszcze okoliczności, które Pettenkofer obszernie rozbiera, przemawiają przeciw zapatrywaniom Dra Maragliany.

Pettenkofer kończy swe obszerne przemówienie, iż zajęcie stanowiska zgodnego z faktami byłoby w interesie naukowéj i praktycznéj medycyny w tych epidemiologicznych sprawach, które mają daleko sięgające narodowo ekonomiczne następstwa. Od lat 50 toczy się walka i przeminęło w Europie wiele epidemij cholery i wiele ich jeszcze będzie w przyszłości, dopóki choroba w Indyjach nie wymrze i dopóki Europa będzie usposobioną. Stosunki z Indyjami trwać będą, nic nie zdoła ich powstrzymać. Zachodzi tedy pytanie czy prosty nadzór lub ograniczenie stosunków skierowane do tego, czy przybywający z Indyj podróżni po przybyciu okazują objawy cholery, może się na coś przydać lub nie? Pettenkofer mniema, że fakty zebrane w epidemijach koło r. 1850 dowodzą, iż przez to nic się nie osiąga, że zarządzenia na tém oparte przyczyniają się jedynie do wyrzucenia znacznéj sumy pieniędzy, któréj możnaby na coś lepszego użyć a coby na wszelki przypadek stałą korzyść zdrowotną przyniosło.—Aby się w Europie od cholery uchronić, nie można używać innych środków jak tych, które się i w Indyjach okazały skutecznemi a spostrzeżenia indyjskie również jak europejskie wykazały, iż chorzy na cholerę równie nie zarażają lekarzy i pielęgnujących jak chorzy na febrę, że epidemije od czasu statków parowych i kolei nie rozchodzą się szybciéj i częściéj niż dawniéj i że jedynie ulepszenia sanitarne miejscowe wybitną mają skuteczność. Indyjskie i europejskie doświadczenia stwierdzają, że są miejsca i czasy nieusposobione do cholery, ale że także miejsca usposobione przez ulepszenia sanitarne można uczynić nieusposobionemi, tj. ochronionemi. Fakty te nie zawisły od teoryj lecz od natury cholery, winny też być punktem wyjścia dla praktycznego działania a nie fałszywe zapatrywania kontagionistyczne, nakazujące nam unikać chorych na cholerę.—Nasuwa się teraz pytanie, czy cholera u ludzi zachowuje się tak jak zaraza bydlęca lub zaraza śledzionowa u naszych zwierząt domowych. I epizoocyje zarazy śledzionowéj, któréj swoisty bodziec chorobowy od lat 30 znamy, i która daje się przenosić z zwierząt zdrowych na chore, nie powstają drogą kontagionistyczną przez zwierzęta chore na zarazę śledzionową, lecz przez miejscowości, tak samo jak epidemije cholery nie pochodzą od chorych na cholerę lecz od miejscowości. Pettenkofer upatruje w zapatrywaniach kontagionistycznych i odnoszących się do wody do picia najgłówniejsze przeszkody dla rzeczywistych postępów na polu praktycznéj profilaksy cholerycznéj, bo mniemamy, iż zadośćuczyniliśmy obowiązkowi, jeżeli po pojawieniu się epidemii rozwiniemy w tym kierunku czynność, a przedtém i potém pozostawimy wszystko losowi. Pożądaną zaś byłoby rzeczą, aby przeszkoda ta raz przecie usuniętą została.

Na tém zakończono posiedzenie czwarte.

Na piątém posiedzeniu miał Pettenkofer daléj odpowiadać na poczynione zarzuty. Zanim jednak to nastąpiło, zabrał głos Gaffky, aby uzasadnić wyrażenie swe, iż Pettenkofer może mylnie zapatruje się na stosunki w fortecy William z powodu, że nie ma dobrego pojęcia o wyrażeniu „*surface drainage*“. To co zazwyczaj przez kanalizacyję rozumiemy, nie istnieje w fortecy William, są tam jedynie powierzchowne otwarte ścieki dla odpływu nieczystości, te zaś nie mogą sprawić zmian w gruncie, o których wspomina Pettenkofer Po téj uwadze dopiero Pettenkofer zabrał głos i wyjaśnił raz jeszcze obszernie, że dla niego wahania wody gruntowéj o tyle tylko mają znaczenie, o ile są wyrazem zmian zachodzących co do wilgotności warstw gruntu nad źwierciadłem wody gruntowéj położonych. Gdzie wahania od innych zależą okoliczności, tam związku między niemi a powstawaniem chorób dopatrzeć się nie można. Tak mają się rzeczy w Pandschab, gdzie źwierciadło wody zaskórnéj leży w głębokości 100 stóp, tam więc obserwowanie wahań na nic się nie przyda. W dolnéj Bengalii wahania wody gruntowéj zachowują się zgodnie z zapatrywaniami Pettenkofera. Co do innych zarzutów i wyrażonych wątpliwości to Pettenkofer oświadcza gotowość odpowiedzenia na nie w inném miejscu, gdyż czas nagli, a wiele innych praktycznych ważnych rzeczy pozostaje do omówienia.

Po nim zabrał głos Fränkel a to celem uczynienia pytania, o którém mniema, że może zdoła sprowadzić porozumienie między różniącemi się zapatrywaniami. Na początku tych zebrań, powiada on, oświadczył Pettenkofer, iż to co wiemy o prątku cholerycznym nie daje się pogodzić z epidemijologicznêm doświadczeniem, a to najpierw z powodu, że fakty przezimowania epidemii z trwaniem życia prątka stoją w sprzeczności, gdyż prątki choleryczne nie mają postaci trwałych. Zarzut ten upada jednak po tém, co na konferencyi powiedziano o trwaniu życia kolonij prątków przecinkowych i sam Pettenkofer nie będzie może przy tym zarzucie obstawał. Drugim powodem, który Pettenkoferowi stał na przeszkodzie do uznania ze stanowiska epidemijologicznego prątka przecinkowego za przyczynę cholery było to, iż według jego podania nasza wiedza o własnościach życia prątków nie daje się pogodzić z tém, co wiemy o miejscowém i czasowém usposobieniu. — Fränkel, mimo iż pilnie przysłuchiwał się rozprawom i że inną drogą starał się poinformować o stanie rzeczy, poczytuje do dziś dnia miejscowe i czasowe usposobienie za wyrażenie, którém chcemy zasłonić naszą nieświadomość faktów stanowiących podstawę tych miejscowych i czasowych właściwości. Epidemijologija wyprowadza swe zasady z wielkich liczb, gdy z natury swéj lokalistyczne wywody odnosić się muszą do ograniczonych miejscowych stosunków. Tak dzieje się, że tak często między zasadami epidemijologii a spostrzeżeniami w pojedynczych miejscach zdarzają się sprzeczności takie, iż potrzeba Pettenkoferowskiéj bystrości i ducha wynalazczego, aby wszystkie te pojedyńcze sprzeczności zawsze na odpowiednią sprowadzić drogę. W obec tego pozwala sobie Fränkel uczynić pytanie, czy istotnie między tém, co nie ulega wątpliwości pod względem miejscowego i czasowego usposobienia a tém, co wiemy o prątkach przecinkowych, zachodzi jaka sprzeczność? Fränkel pojmuje stan rzeczy jak następuje: przypuszcza on, że prątek przecinkowy stanowi przyczynę cholery a daléj, iż aby epidemija powstać mogła, potrzeba aby prątek przecinkowy mógł rozwijać się i po za ustrojem ludzkim, w tym celu koniecznêm jest usposobienie miejscowe i czasowe. Jeżeliby zapatrywanie to było słusznêm, to znikłaby główna różnica, jaka się tu uwydatniła, pozostało wprawdzie miejscowe i czasowe usposobienie prątka przecinkowego do zbadania. Wiele przyczyniłoby się do porozumienia, zdaniem Fränkla, gdyby Pettenkofer zechciał odpowiedzieć na powyższe pytanie. Pettenkofer pospieszył zaraz z odpowiedzią. Istotne momenty miejscowego i czasowego usposobienia stanowią: 1) fizyczne własności gruntu, podziemia naszych mieszkań, 2) zasób wody w tym gruncie i zmiany co do niego zachodzące, a co ogólnie wodą gruntową nazywamy, 3) potrzeba jeszcze obecności istoty odżywczéj dla niższych ustrojów, co zazwyczaj nasiąknięciem gruntu zowiemy. Liczny szereg faktów wykazuje, że fizyczne własności gruntu wywierają wpływ wybitny na cholerę. Pettenkofer widział i badał, rzec może, setki

miejscowości, gdzie wpływ ten wybitnie się ujawniał a w wielu stale. Wziąwszy np. Mnichów pod uwagę, to 3 epidemije, jakie miasto to nawiedziły, były zawsze miejscowo ograniczone, a co najciekawsze, każda z tych 3 epidemij poczynała się w jednéj i téj saméj dzielnicy. Strona północno-zachodnia była punktem wyjścia dla wszystkich trzech epidemij i to dzielnica położona na nieco wzniesionym terasie a co najdziwniejsze, że za każdym razem dolna terasa, położona najniżéj i najwilgotniejsza, zawsze dopiero późniéj ulegała. Dziwiło to już w r. 1836, dla czego cholera odrazu nie zajęła téj okolicy zamieszkałéj przez licznych robotników i proletaryjat, ale dopiero późniéj wystąpiła w niéj nawet gwałtowniéj niż na górnéj terasie. Jeszcze wybitniéj objawiło się to w ostatniéj epidemii w r. 1873/4. Daléj zawsze zatrzymywała się cholera na prawym brzegu Izary przed pokladem iłu położonym na zwirze. Cholera dochodziła do tego pokładu, a za każdym z tych 3 razy domy na ile stojące nie uległy epidemii, za każdym razem zdarzał się tylko pojedynczy przypadek. Jedna wieś leży w połowie na ile a w połowie na zwirze, zawsze część na ile położona została ochronioną. Podobnych przykładów można wiele przytoczyć z Bawaryi i Saksonii, dowodzą one wpływu pewnych fizycznych własności gruntu. Co do drugiego punktu zasobu wody, to wszędzie okazuje się, że epidemije cholery stosują się do pór roku.

W tém miejscu wyjaśnia Fränkel raz jeszcze, że idzie mu o to, czy istnieje sprzeczność między temi faktami a tém, co o prątku przecinkowym wiemy, i czyby nie można myśleć, że prątek przecinkowy udaje się np. na gruncie iłowym lub nie zdarza się na gruncie suchym. Odpowiadając, oświadcza Pettenkofer, iż już powiedział, że dla niego każdy prątek jest dobrym, którego związek z niezawodnemi faktami miejscowego i czasowego usposobienia będzie udowodnionym, a zanim związek ten wykazanym będzie, Pettenkoferowi nasuwać się będą wątpliwości, czy mamy do czynienia z istotnym przyrzutem, bo z hypotetycznych powodów, jak wiadomo, już dawno zawsze przypuszczał jakiś mikroorganizm jako przyrzut, ale obserwacyja faktów epidemijologicznych skłaniała go koniecznie do mniemania, iż grunt w epidemijach cholery ma istotny wpływ równie jak w chorobach zimniczych. Kończąc oświadcza, ze nic dotąd wiary jego pod tym względem nie wzruszyło. (C. d. n.)

Dr. R. Koppe: **Przetaczanie krwi własnéj z brzucha w ostréj poporodowéj niedokrewności mózgu.**

Autor podaje prosty sposób usunięcia niedokrewności ostréj mózgu, wywołanéj nadmiernem przekrwieniem żylnem brzucha po porodzie u osób, u których powłoki brzuszne były nieprawidłowemi stosunkami w ciąży niezmiernie rozdęte i z tego powodu zmniejszył się zanadto po porodzie ucisk śródbrzuszny. Radzi on położyć poduszkę pierzaną na brzuch i mocno ją opaską opasać, tak aby miejsce między spojeniem łonowém a łukiem żebrowym wypełniła, zastępując ów zmniejszony ucisk śródbrzuszny. Opaskę zakłada się od dołu przez spojenie łonowe i biodra, postępując w górę podczas tego przytrzymuje ktoś poduszkę rękami od góry. Wkrótce po uskutecznieniu tego przychodzą chore do siebie, a po dłuższym czasie powalnia się częściowo opaskę; w końcu zdejmuje się poduszkę.

Nie zauważył potém żadnego szkodliwego wpływu, owszem skutek znakomity i pewny. Próbował tego sposobu już zrozpaczony o życie choréj u pierwiastki z ścieśnioną miednicą, nadzwyczaj rozdętym i obwisłym brzuchem, na którym skóra stanowiła prawie jedną porodową bliznę u pierwiastki, która po sztucznym porodzie bliźniąt nagle zbladła i tak zapadła, że wszelkie zabiegi cucące były daremnemi. Wykluczywszy stanowczo wszelkie inne możliwe przyczyny uważał jedynie przekrwienie żył brzusznych w skutek nagłego zwolnienia wielkiego ucisku śródbrzusznego za powód téj ostréj niedokrewności mózgu. Jakoż tym sposobem uratował życie pacyjentce. Sposób to prosty i przemawiający do przekonania. *(Centralblatt f. Gyn.*, Nr. 38).

Dr. Wiszniewski.

Prof. C. Gerhardt (Berlin): **Leczenie liszaja żrącego za pomocą zimna.**

Przeważna część środków leczniczych liszaja żrącego ma na celu zniszczenie schorzałych tkanek. Na jedno tutaj wyjdzie, czy użyjemy środka żrącego, czy też ostréj łyżeczki lub wreszcie rozżarzonéj platyny. Nadzieje, jakie pokładano w miejscowém działaniu jodoformu i kwasu pyrogalusowego, o tyle zawiodły, że spodziewano się w nich znaleźć nie leki symptomatyczne, lecz leki swoiste, usuwające stale zmiany liszaja żrącego. Odkrycie lat ostatnich, że w tkankach liszajem żrącym dotkniętych, stale znajdują się prątki gruźlicze, potwierdziło i na nowo przypomniało zapatrywanie dawnych lekarzy, którzy widzieli zawsze w liszaju żrącym objaw zołzów lub gruźlicy. Odkrycie to zarazem dało nam podstawę do wytłumaczenia sobie uporczywości, z jaką, mimo wszelkich środków, liszaj żrący powraca. W sprzeczności dziwnéj stoi powolny przebieg liszaja żrącego, który, według pojęć obecnych, uważać należy za miejscową sprawę gruźliczą z szybkim przebiegiem gruźlicy w narządach wewnętrznych. Sprzeczność tę tłumaczy Koch nader małą ilością prątków gruźliczych. I tak w jednym przypadku trzeba było przejrzyć 27, w drugim 43 skrawków liszaja żrącego, aby znaleźć prątki gruźlicze. W komórkach olbrzymich nie napotyka się nigdy więcéj jak po jednéj bakteryi. To tak nieliczne znajdowanie się prątków gruźliczych tłumaczy Koch warunkami niesprzyjającemi rozwojowi. Między temi warunkami na pierwszém miejscu stoi ciepłota. Prątki te rozwijają się najkorzystniéj przy ciepłocie 38°. W ciepłocie 30°C. rozwój ich jest już bardzo powolny, a przy 28°C. ustaje zupełnie. Ten wpływ ciepłoty na rozwój prątków gruźliczych naprowadził Gerhardta na myśl użycia zimna w celach leczniczych przeciw liszajowi żrącemu. W tym celu pokrywał on workiem lodowym, zawieszonym na odpowiedniéj podstawie, część ciała dotkniętą liszajem żrącym. Zabieg ten, trwający jednym ciągiem trzy godziny, powtarzano dwa razy dziennie. Dotąd miał autor sposobność użyć sposobu tego leczenia u czterech chorych, z których trzech mogło być krócéj, jeden zaś znacznie dłużéj leczonymi. U wszystkich czterech chorych miejscowe obniżenie ciepłoty było bardzo znaczne. Miejsca, które najdokładniéj stykały się z workiem lodowym, zabliźniały się najprędzéj. W ogóle wynik leczenia był zupełnie zadowalającym. Dotychczasowe jednak spostrzeżenia nie mogą jeszcze nic przesądzać o trwałości wyniku leczenia. Gerhardt jest jednak zdania, że leczenie za pomocą zimna jest co najmniéj symptomatycznem, podobnie jak i inne dotychczasowe metody. W każdym razie pewném jest, że prątki znajdujące się w najkorzystniejszych warunkach rozwoju, muszą łatwiéj uledz w walce o byt, jaką zapewne toczą z otaczającemi tkankami zdrowemi, a dla tego też metoda leczenia zimnem liszaja żrącego, jako oparta na podstawach racyjonalnych, zasługuje na to, aby jéj poświęcono więcéj spostrzeżeń. *(Deutsch. med. Wochenschrift*, 1885, Nr. 41).

Dr. Kopff.

Prof. Obersteiner: **O wewnętrznem używaniu kokainu w nerwicach i zboczeniach umysłowych.**

Świetne skutki, które osiągnięto przy użyciu miejscowém kokainu były powodem, że niedostatecznie dotąd uwzględniano jego własności lecznicze przy użyciu wewnętrznem. Doświadczenia pod tym względem na większą skalę przedsiębrane doprowadziłyby z pewnością do bardzo korzystnych wyników. Autor ze swego stanowiska używał tego środka w rożnych rodzajach nerwic, i tak np. w morfinizmie można bardzo dobrze zastąpić przez jakiś czas, t. j. dopóki tego potrzeba, morfin kokainem. Najlepszy sposób stosowania jest ten, że się zadaje 0·05—0·1 chlorku kokainu w bardzo słabym roztworze, np. w pół szklanki wody i to 4—6 razy przez dzień, skoro tylko przypady głodu morfinowego silniéj występują. Wewnętrzny sposób użycia ma pewne zalety przed wstrzykiwaniami podskórnemi, orzeźwienie bowiem i uspokojenie chorego o wiele łatwiéj daje się osiągnąć, a jeżeli już chory domaga się koniecznie wstrzykiwań, to można robić wstrzykiwania z przekroplonéj wody.

Ci chorzy, którzy przed chwilą jęczeli i rzucali się niespokojnie, twierdzą po takiém użyciu, że ich przenika pewne przyjemne uczucie ciepła i że im się zdaje, jakby się narodzili. Ten stan trwa przez 3—4 godzin; lecz gdyby nawet przez użycie kokainu nic więcéj osiągnąć nie można, jak wyrwać chorego choćby na parę godzin z tego tak przykrego stanu, to i tak byłby on bardzo cennym środkiem. Zupełnie te same wyniki mieli inni badacze; Dr. Walle, który sam na sobie doświadczał kokainu pod tym względem (*Deutsch. med. Zeitung*, 1885) tak był zachwycony jego skutecznością, że wprowadzenie kokainu do lecznictwa chce uważać za fakt stanowiący epokę, podobnie jak wprowadzenie opatrunku Listera do chirurgii.

Wobec tego dziwić może uprzedzenie niektórych lekarzy do tego środka, jak np. Müller twierdził na Kongresie międzynarodowymm w Kopenhadze, że wcale nie widział owego tyle wsławionego działania kokainu w morfinizmie; nie wiadomo tylko, jakiego preparatu używał. Erlenmeyer (*Centralblatt für Nervenheilk.*, 1885, Nr. 13) nie przypisuje kokainowi również żadnego znaczenia pod tym względem; twierdzenie to atoli jest całkiem zrozumiałe, jeżeli się zważy, że E. używał kokainu podskórnie i to w ilościach minimalnych, bo 0·005 a tylko wyjątkowo przekraczał granicę 0·03. A jeżeli E. widział tylko bardzo krótkotrwające działania, to się w części tłumaczy i tém, że nie wszyscy ludzie jednako oddziaływają na ten alkaloid i że na niektórych wywiera i to wyjątkowo wpływ zupełnie odmienny, podobnie jak i inne alkaloidy, np. morfin.

Ważne znaczenie ma kokain w leczeniu neurastenii i z nią spokrewnionego śledziennictwa, choć tylko jako środek pomocniczy i paliatywny obok innych środków mających już ustalone wzięcie. W lekkich przypadkach przygnębienia psychicznego można się spodziewać po kokainie wielkiéj skuteczności, bo przynajmniéj przez pewien przeciąg czasu możemy chorego uwolnić od tego przykrego nastroju umysłowego. Zadaje się go w tych razach podobnie jak w morfinizmie.

We właściwych chorobach umysłowych kokain wypowiada swą służbę i im więcéj stan przygnębienia zbliża się do zadumy, tém mniéj możemy się po nim spodziewać. Autor zadając w całym szeregu przypadków zadumy kokain, nie widział jakiegokolwiek wpływu, co najwięcéj występowało niekiedy pewne rozdrażnienie, nigdy jednak nie było ono połączone z jakimś weselszym nastrojem.

W końcu wspomina O. o ujemnych stronach kokainu i uważa to już za wielką zaletę tego środka, że dotąd tak mało wiemy o jego ujemnych stronach; widocznie bowiem wpadają mało w oczy i prawdopodobnie wtenczas będziemy mogli coś więcéj o nich powiedzieć, kiedy środek ten stanie się tańszym i wejdzie w powszechniejsze użycie. Dotąd wiemy, że wywołuje bezsenność, u niektórych osób podrażnienie płciowe a po dłuższém zażywaniu niekiedy już w kilku dniach powstają żywe halucynacyje w sferach różnych zmysłów. (*Wiener med. Presse*, 1885, Nr. 40).

Dr. Otto.

Wiadomości pomniejsze.

○ **Wdechanie tlenu w drgawkach porodowych.** W skutek pracy prof. Laszkiewicza, o wpływie wdechań tlenu w chorobach nerwowych ogłasza Dr. Schmidt w *Ruskaja Medicina* przypadek następny: Odwiedzając przypadkowo położnicę, która porodziła bliźnięta, zastał ją w tak silnych drgawkach, iż dwóch lekarzy na przemian utrzymywało ją w narkozie chloroformowéj, gdyż za każdym razem zaprzestania chloroformowania występowały najgwałtowniejsze drgawki. Chora była nieprzytomną i w stanie bliskim asfyksyi a to skłoniło Dra Schmidta do zalecenia wdechań tlenu. Po kilku dość głębokich wdechach gazu pojawiły się objawy powrotu do przytomności, chora poznawała otaczających łoże, chociaż z początku nie mogła mówić z powodu obrzmienia języka, który w czasie drgawek doznał obrażenia przez zęby. Chora użyła nieco więcéj nad stopę sześcienną gazu, a chociaż bardzo była przygnębioną, odzyskała zupełnie przytomność. Nie zaszła potrzeba powtórzenia tego środka, bo drgawki więcéj nie wystąpiły a chora powoli wracała do zupełnego zdrowia. — Przypadek ten zachęca do czynienia prób z tym środkiem w podobnych razach. (*The Lancet* 1885, II, Nr. 12)

○ **Kamyk migdałka.** Przypadki kamyka migdałka opisywali już Louis, Monro, Passaguay i inni, ale zawsze są to rzadkie przypadki. Na zebraniu francuskiego Stowarzyszenia do popierania umiejętności okazywał Terrillon kamyk wielkości orzecha. Kamyk ten został wydobyty z mężczyzny, liczącego lat 50, a który często cierpiał na ostre i przyostre zapalenia migdałków. Gdy migdałki były obrzmiałe, przedstawiały się w postaci płatów nader twardych i bolesnych, uważano rozpoznanie raka za prawdopodobne. Badania jednak palcem i próba wykazały ciało kamieniste, które dało się łatwo usunąć. Objawy minęły po zastósowaniu płukań rozmiękczających i ściągających. (*The Lancet* 1885, II, Nr. 12).

Ω **Chloralhydrat** może bardzo dobrze zastąpić **plaster pryszczycowy z kantaryd.** Sproszkowany wodnik chloralowy posypuje się na zwykłe *emplastrum adhaesivum*, ogrzewa się z lekka i przykłada. Po 10 minutach plaster ten już naciąga pęcherze. Zalety téj metody są: 1) szybkie działanie, 2) prawie zupełna bezbolesność, 3) nie zachodzi najmniejsza obawa działania ubocznego skutkiem wessania leku, jak to nie rzadko ma miejsce po stósowaniu plastru kantarydowego. (*Altg. med. Centr. Ztg.* 1885, Nr. 67).

○ **Leczenie krztuśca.** W artykule niedawno ogłoszonym Dr. Moneorvo zaleca używanie kokainu w krztuścu. Wodochloran kokainy używa się jako środek pomocniczy w leczeniu téj choroby za pomocą resorcynu, o którego skuteczności Dr. Moneorvo zaręcza. Górne części krtani pomazuje się najpierw 1% roztworem resorcynu a następnie 10% roztworem wodochloranu kokainu. Kokainu należy często używać. (*The Lancet* 1885, II, Nr. 13).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XXX Posiedzenie Tow. lek. krak. z dnia 18 Czerwca 1885 r.

Przewodniczący kol. prof. Rosner. Członków obecnych 27. Gość Dr. Łucki z Oświęcimia.

1) Przewodniczący otwiera dyskusyją nad antipyrynem. — W niéj biorą udział koll. A. Gluziński i Wiczkowski, (którzy przemówień swoich nie dostarczyli podpisanemu sekretarzowi). — Kol. Kwaśnicki. Należy się wszelka wdzięczność kol. Gluzińskiemu, że oblał zimną wodą ten zapał, który antipyryn wzbudzić jest w stanie swém działaniem na organizm gorączkujący. Żałuję jednak, że kol. Gluziński już jest nieobecny, gdyż pragnąłbym wypowiedzieć moje przekonanie, iż wystąpienie swoje z okazyi antipyrynu przeciw metodzie przeciwgorączkowego leczenia zamało uzasadnił. Z punktu zasadniczego należy wtenczas obalać metodę leczniczą, jeżeli okazała się szkodliwą, a tego kol. Gluziński nie udowodnił, lub téż jeżeli znajdzie się druga metoda lepsza, a téj nam nie przytoczył. Nauka nie ma jeszcze dowodów na to, że gorączka jest dobrotliwym, samozachowawczym odczynem organizmu, który wyższą ciepłotą walczy z drobnotworami. Znane doświadczenie Pasteura z kurami i przytaczane przez kol. Gluzińskiego spostrzeżenia nad spirylami dotyczą tych tylko pasorzytów, a zasada ztąd wysnuta ma tylko teoretyczne znaczenie, gdyż każdy pasorzyt niezawodnie ma swoje warunki bytu i potrzebuje właściwego sobie stopnia cieploty tak do rozwoju jak i do śmierci. Dopóki te bijologiczne badania pasorzytów nie zostały dokonane, dopóki nie wiemy, w jakiego stopnia ciepłocie ginie pasorzyt wywołujący tę lub ową chorobę zakaźną, dopóki nie zostanie obaloną zasada kliniczna, że z wysoką ciepłotą powstaje zwyrodnienie mięśnia sercowego i znużenie ośrodka oddechowego, tak długo metoda leczenia przeciwgorączkowego pozostać musi i pozostać powinna. — Przytoczone przez kol. Gluzińskiego ważne spostrzeżenia duru podczas wojny francusko-pruskiéj, który przebiegał bez gorączki, a był nader zabójczy, byłoby silnym argumentem, gdyby odwrotnie dur przebiegający z wysoką ciepłotą kończył się wyzdrowieniem i to w ten sposób, że o ile gorączka jest wyższa, o tyle wyzdrowienie byłoby pewniejsze. Niestety tak nie jest, a przeciwnie wysoka gorączka w durze, błonicy, odrze itp. jest miarą do rokowania. — Chirurdzy prawie pozbyli się gorączki a ludzkość na tém nie straciła. Może żadnéj gałęzi medycyny nie zależy tyle na metodzie przeciwgorączkowego leczenia ile pedyjatryi i to nie tylko dla tego, że dzieci ulegają częściéj chorobom zakaźnym, ale co więcéj, że dzieci które długo znoszą choroby przewlekłe, niewytrzymują przebiegu ostrego z wysoką gorączką. Dosyć przytoczyć fakt zapalenia płatowego płuc, kończącego się często śmiercią już w pierwszych dniach u dzieci niemających roku, a na stole sekcyjnym tak mało widzi się zmian, które wywołały tę szybką śmierć, lub téż wypadki śmierci u dzieci małych z ospy w okresie przedwysypkowym, na zwłokach, których tylko objawy nawałowe spostrzegać się dają. Dla tego sądzę, że antipyryn odegra ważną rolę w leczeniu dzieci. — Doświadczeń moich nie mogę przeciwstawić badaniom kol. Gluzińskiego i Wiczkowskiego, gdyż oni obserwowali po zakładach, a ja leczyłem w domach prywatnych, wspomnieć jednak pragnę w charakterze przyczynku o trzech przypadkach leczonych antipyrynem, dwa razy zapalenia płuc a trzeci odry u dzieci. Najmniéj wypadków wyzdrowienia przedstawiał przypadek postępowego zapalenia płuc w przebiegu krztuśca. Po dziewięciodniowém bezskuteczném leczeniu chininem i innemi środkami, kiedy ciepłota dochodziła i przekraczała 40° a półtoraroczny chory zaczął szybko tracić siły, podałem antipyryn, a dla skrócenia powiem, że ile razy ciepłota podnosiła się do 40° podawałem go ponownie. Zapalenie postępowało z płatu na płat z jednego płuca na drugie, choroba trwała przeszło trzy tygodnie i chory wyszedł. Tak w tym przypadku jak i w następnych uważałem, że gorączka spadała już po godzinie do stopnia normalnego, stan bezgorączkowy trwał niemniéj jak 12 godzin, nie dłużéj jak dobę. Mali chorzy znosili antipyryn dobrze, nie spostrzegałem wymiotów, biegunki, zapadu, tętno zmniejszało się o 20 i więcéj uderzeń na minutę, stawało się regularniejsze i pełniejsze, jęczenie opresyjne przy zapaleniu płuc ustawało, samowiedza wracała, dzieci interesowały się zabawkami, żądały posiłku, spały spokojnie. Lecz z drugiéj strony słabe ruchy klatki piersiowéj nad zajętém płucem nie poprawiały się, badanie fizyczne nie wykrywało żadnéj zmiany w nacieku zapalnym, a w odrze objawy płucne i błon śluzowych pozostawały téż same, czyli że nie widziałem zadając antipyryn żadnego wpływu jego na samą chorobę. — Środek ten przerywając niezawodnie gorączkę, daje wypoczynek organizmowi, pozwala mu się posilić i przez to samo chociaż nie wpływa na zmiany chorobowe, zmienia korzystnie przebieg choroby, tak że zapobiega porażeniu serca. Zdaje mi się, że antipyryn pozostanie bez skutku w chorobach rozpadowych, jak suchoty i w ogóle gruźlica, natomiast w chorobach zakaźnych i okresowych (*pneumonia, erysipelas*) lek ten przysparzając organizmowi wypoczynku i umożliwiając posiłek, daje możność fizyczną doczekania się przesilenia i tak pojęty zasługuje w dobie dzisiejszéj na wszelkie zalecenie w praktyce, z warunkiem, że nie należy uciekać się do niego bez konieczności, gdyż jedyném wskazaniem do podania antipyrynu jest hypertermia, któréj inne środki usunąć nie zdołały. — Kol. Wiszniewski wspomniał o przypadłościach mniéj pożądanych, które mu się wydarzyły w praktyce prywatnéj przy podawaniu antipyrynu. Mianowicie u położnicy z *metrophlebitis*, u któréj po bezskuteczném użyciu dużych dawek chininu zadano trzy gramy antipyrynu w przeciągu 2ch godzin, wystąpił w godzinę późniéj z obniżeniem się ciepłoty z 39·5° na 36·6° taki zapad, że chora była prawie umierającą. — U innéj położnicy z gruźlicą płuc i u ośmioletniego chłopczyka z ogólną gruźlicą sprawą wywoływał antipyryn zawsze nudności, tak że chorzy sami tego leku zażywać nie chcieli.

2) Kol. Bossowski czytał rzecz „o cholerze pod względem etijologicznym.“ (Umieszczone w Przegl. Lek.).

Dr. Dobruchowski.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 9 bm. pod przewodnictwem Prezydenta miasta Dra Szlachtowskiego posiedzenie, na którém fizyk miejski Dr. Buszek uwiadomił o wykonaniu dawniejszych uchwał Komisyi i podał cyfry odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w Krakowie w ostatnich miesiącach, z czego się pokazuje, iż stan zdrowia ogólnego był bardzo pomyślny. Z chorób zakaźnych występuje najczęściéj odra, kiedyniekiedy płonica z przebiegiem bardzo łagodnym. Co do tyfusu brzusznego, o którym wspomniał p. Minister wojny w Delegacyjach, twierdząc, iż pojawia się on bardzo często w Krakowie, średnio 158 przypadków śmierci w stosunku 100000 ludności, to widoczną jest rzeczą z autentycznych wykazów, iż p. Ministra niedokładnie poinformowano, gdyż w latach 1877 do 1884 umierało na tyfus brzuszny w Krakowie średnio tylko 53 na 100000. Gdybyśmy nawet zliczyli razem wszystkie trzy choroby miano tyfusu noszące, jak tyfus brzuszny, wysypkowy i powrotny, (który panował w Krakowie tylko w roku 1878), to i tak otrzymamy cyfrę znacznie mniejszą (120.6), od podanéj przez p. Ministra wojny, który zresztą mówił tylko o tyfusie brzusznym. Nie można także zapominać, iż w liczbie przypadków śmierci w Krakowie zaszłych mieści się mnóstwo takich, które począwszy się gdzieindziéj skończyły się w krakowskich szpitalaah i idą na rachunek Krakowa. R. m. Dr. Domański podniósł przy téj sposobności ponownie potrzebę prowadzenia statystyki śmiertelności w ten sposób, aby osoby z po za Krakowa do szpitali tutejszych przybyłe i zmarłe nie były wliczane, natomiast aby notowano dokładnie ostatnie miejsce zamieszkania osób zmarłych w szpitalach, gdyż tylko w ten sposób nabrać będzie można dokładnego wyobrażenia o śmiertelności w samym Krakowie i różnych jego dzielnicach, co ważną będzie wskazówką dla przedsięwzięcia stósownych środków zaradczych. Wniosek ten przyjęto i uchwalono poczynić stósowne kroki u Magistratu i u komitetu administracyjnego szpitala św. Łazarza tak, aby od 1 stycznia 1886 prócz statystyki dotychczas prowadzonéj odbywało się obliczanie w sposób przez r. m. Dra Domańskiego żądany. Szczepienie ospą na koszt miasta odbyło się w roku bieżącym bardzo energicznie, gdyż zaszczepiono 1194 dzieci. Do zbadania sprawy stawiska w ogrodzie realności Librowskich na

Wielopolu wyznaczono podkomisyję z Drów Korczyńskiego i Grabowskiego z zaproszeniem prof. Dra Szajnochy. Instrukcyję budowy prawidłowych dołów kloacznych i wychodków wypracowaną przez inżynijera sanitarnego Świerzyńskiego oddano do referatu podkomisyi z Drów Grabowskiego i Warschauera. Wskazówkę do dezinfekcyi ułożoną przez wyznaczoną do tego podkomisyję uchwalono z malemi zmianami i postanowiono ogłosić drukiem. Stałą instrukcyję dla miejskiéj służby zdrowia podzieloną w myśl wniosku r. m. JEks. Dra Kopffa na stósowne części przekazano, celem zdania sprawy r. m. Drowi Domańskiemu. R. m. Dr. Pareński wniósł, aby ze względu na bezpieczeństwo przechodniów tłuczenie konserwy nie odbywało się na placach publicznych i ulicach. Wniosek ten przekazano sekcyi ekonomicznéj celem uwzględnienia. R. m. Dr. Domański zwrócił uwagę, iż mimo górzystego terenu okolic Krakowa nie wszystkie jednokonki zaopatrzone są w konieczne dla bezpieczeństwa hamulce, a wózki pocztowe kursują nieraz bez przepisanych latarń. Uchwalono poczynić stósowne kroki celem zaradzenia złemu. W końcu postanowiono na wniosek r. m. Dra Domańskiego przedstawić Radzie miejskiéj potrzebę zaproszenia fizyka powiatowego doc. Dra Poniklę do udziału w pracach Komisyi sanitarnéj a zaproszono z urzędu do niéj inżynijera sanitarnego Świeżyńskiego.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 25—31 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27,0. Z odry umarło 4 (7 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 0 (1 z. t.). z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 10 przypadkach odry, 3 płonicy, 2 duru brzusznego. W tygodniu od 18—25 października umarło z ospy: w Wiedniu 14, w Budapeszcie 8, w Pradze 9, w Tryjeście 3, w Wenecyi 7, w Zurychu 2, w Paryżu 5, w Liwerpolu 3. Z duru osutkowego umarło: w Wiedniu 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z wściekiizny umarło w Londynie 2. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 43. Z róży umarło w Londynie 11. Z gorączki połogowéj umarło w Berlinie 6, w Londynie 4. Z odry umarło w Gdańsku 13, w Królewcu 22, w Londynie 27. Z płonicy umarło w Warszawie 11, w Hamburgu 15, w Londynie 18, w Petersburgu 19. Z błonicy umarło w Berlinie 47, w Hamburgu 12, w Londynie 33, w Paryżu 27. Z krztuśca umarło w Londynie 31.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 25—31 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,7; w Warszawie 28,1; w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 21,1; w Pradze 23,6; w Budapeszcie 24,6; w Berlinie 27,9; we Wrocławiu 31,7; w Gdańsku 28,2; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Amsterdamie 18,3; w Bazylei 11,3; w Brukseli 18,9; w Chrystyjanii 17,9; w Kopenhadze 13,4; w Londynie 18,6; w Odesie 35,0; w Paryżu 21,2; w Petersburgu 22,8; w Stokholmie 18,4; w Tryjeście 28,4; w Wenecyi 28,1; w Zurychu 11,7. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 listopada. Wydział lekarski czeski w Pradze poniósł dotkliwą stratę przez śmierć młodego a już zasłużonego docenta chorób uszu i nosa Dra Jerzego Czardy. Urodzony 1851 r. w Pradze, kształcił się w mieście rodzinném i Neapolu; r. 1876 otrzymał stopień doktora medycyny i wkrótce został zamianowany asystentem w klinice położniczéj: następnie przez 6 lat był sekundaryjuszem w praźkim szpitalu powszechnym, przechodząc niemal wszystkie specyjalne oddziały. W r. bieżącym habilitował się na docenta chorób uszu i nosa w czeskim Wydziale lekarskim; założył zakład dla ubogich, cierpiących na choroby uszu i nosa, wystarał się o rządową subwencyję dla swego zakładu i w chwili kiedy urzeczywistnił swe szlachetne marzenia, śmierć przecięła jego żywot. Widzimy go długoletnim stałym i czynnym członkiem redakcyi Časopisu l. č., brał udział w zbiorowém dziele „Odborné pathologie“ i „Sborniku lekařskim“; w pismach niemieckich i włoskich umieszczał swoje prace; ożywiał posiedzenia Spolku českých lekařů, brał czynny udział w obu Zjazdach czeskich; myśmy mieli także serdeczną radość uściśnięcia jego dłoni na polskich Zjazdach: w Krakowie i Poznaniu i pamiętamy piękne jego odczyty: Syfilis słuchu (w Krakowie) i o Rynoepilepsyi (w Poznaniu). Udział ś. p. Czardy w polskich Zjazdach lekarskich najlepiéj cechuje stosunek zmarłego kolegi do nas i jego wyższe pojęcia o wzajemności sławiańskiéj; widzimy go wzruszonego do łez na rękach wielkopolskich włościan, którzy w szczerym zapale podczas uczty na wyspie w Kruszwicy zapragnęli uczcić brata Czecha wznosząc go na swych ramionach. Młodzież czeska straciła w zmarłym światłego nauczyciela, świat lekarski dzielnego szermierza nauki, a my przyjaciela w tém wzniosłém pojęciu, jakie wyrobiły stosunki lat ostatnich. Odczuwamy tę stratę narodu czeskiego i przechowamy wdzięczną pamięć serdecznemu przyjacielowi, któremu ojczysta, a nam pobratymcza ziemia niech będzie lekką. *A. Kw.*

* Na posiedzeniu delegacyi austryjackiéj w d. 3 b. m. minister wojny hr. Bylandt w poglądzie na stosunki zdrowotne armii podał cyfrę śmiertelności na 6·5 na tysiąc w Przedlitawii, 5·4 w Węgrzech, a 16·0 na tysiąc w krajach zajętych. Jako okoliczność, wpływającą na strsunki zdrowotne armii, wymienił p. minister stosunki zdrowotne w poszczególnych miastach garnizonowych. Tak np. śmiertelność z duru wynosi na 100.000 mieszkańców: w Krakowie 158, w Budapeszcie 93, we Lwowie 41, a w Wiedniu tylko 23. Miasto nasze więc przoduje przed wszystkiemi innemi w kierunku ujemnym!

W powyższém sprawozdaniu z posiedzenia komisyi sanitarnéj tutéjszéj cyfrę tę prostuje p. fizyk miejski, ale zawsze Kraków przoduje cyfrą ogromną 120·6 na 100.000.

* **Praga czeska** d. 9 listopada. Na dzisiejszém posiedzeniu Spolku lekařuv ceských Schöbl jako przewodniczący poświęcił kilka słów pamięci zmarłego Czardy i wezwał zgromadzonych do uczczenia jéj przez powstanie.

Następnie miał odczyt docent Thomayer o nerwobólach nerwu kulszowego przy kamyczkach nerkowych i opowiedział 4 przypadki przez siebie obserwowane, w których po rozpoznaniu ischias i bezskutecznêm leczeniu choroby dopiero leczenie towarzyszącéj *nephrolithiasis* zostało uwieńczone pomyślnym skutkiem. Prelegent zalicza te przypadki do owych nerwobólów, które są tak częstemi w podagrze i za wspólną ich przyczynę uważa dyspepsyję uratyczną. Zgadza się daléj z Lecorchem, że *nephrolithiasis* (mając na myśli tylko piasek) przedstawia pewien okres lub odmianę podagry. Prof. Hlava w dyskusyi zauważa, że i pod względem anatomicznym liczne zachodzą analogije między *nephrolithiasis* a dną i że także znane doświadczenia Ebsteina przemawiają za tożsamością etyjologiczną tych spraw chorobowych. *Dr. Obrzut.*

* **Berlin**. D. 3 bm. prof. Koch rozpoczął swoje wykłady w nowym zakładzie higijenicznym. W krótkim poglądzie historycznym na rozwój higijeny oddał cześć zasługom Pettenkofera, jako badaczowi, który szeregiem prac, stanowiących epokę, położył podwaliny dla higijeny umiejętnéj. Wspólnie z prof. Flüggem w Getyndze wydawać będzie prof. Koch nakładem Veita i wsp. w Lipsku czasopismo *Zeitschrift f. Hygiene*, którego pierwszy zeszyt ukaże się jeszcze w roku bieżącym.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Warszawa**. Dr. Łapczyński docent patologii i terapii szczegółowéj mianowany został profesorem nazdw.

* **Nekrologija**. W Gracu umarł radzca zdrowia i profesor pedyjatryi Dr. Zini. W Berlinie umarł nagle zawołany praktyk, tajny radzca sanitarny Dr. Klaatsch w 58 roku życia.

W Krakowie umarł Dr. Józef Jaszczurowski w 75 roku życia. Ukończywszy nauki lekarskie w Krakowie w r. 1839 mianowany był asystentem przy klinice chirurgicznéj, a późniéj aż pod koniec życia praktykował w mieście naszém. Zacny obywatel, skromny i grzeczny w obejściu był on nader sympatycznym kolegom. On i śp. Bulikowski stanowili starą gwardyję praktyków tutejszych; obaj zarówno mili jak prawi i chętnie widziani.

W Jaworznie umarł Dr. Hipolit Rychlicki w 43 roku życia.

W Petersburgu umarł prof. Jakób Cystowicz; urodzony w r. 1820, w r. 1848 uzyskał stopień doktora w Akademii petersburskiéj, był asystentem klinicznym, w r. 1853 mianowany docentem medycyny sądowéj i higijeny, a w r. 1856 profesorem; wydawał czasopisma lekarskie a pod koniec życia był członkiem Rady lek. w Minist. spraw wewnętrznych. Największą jego zasługą było założenie kasy wsparcia dla lekarzy podupadłych. (*Wracz*). *Dr. J. S.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 45: Trzebickiego: (z kliniki prof. Mikulicza w Krakowie): Przyczynek do operacyj dokonywanych na pęcherzu moczowym. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 45: Florkiewicza: Dwa przypadki promienicy (*aktinomycosis*); Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze.

Redakcyja otrzymała:

Dr. H. ADLER: Zwölfter Bericht über d. Augenkrankenabtheilung im k. k. Krankenhause Wieden u. im St. Josef-Kinderspitale, Wien 1885, in 8vo str. 35.

Prof. A. TAMASSIA (Padwa): La denunzia delle lesioni violente secondo la legge francesse ed italiana. Reggio-Emilia 1885, in 8vo str. 25.

Tenże: Rapporti tra l'azione postuma del sistema nervoso et l'irridigimento cadaverico. Venezia 1885, in 8vo str. 15.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 18 b. m. o godzinie 6éj w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém 1) kol. Pieniążek będzie mial rzecz o kokainie, jako leku miejscowo znieczulającym, poczém 2) kol. prof. Mikulicz poda uwagi nad nową metodą operacyi wola ze względu na następstwa niekorzystne po usunięciu całkowitém tego przyrządu chorobowo zmienionego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtor.. arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 21 listopada 1885. № 47. Rok XXIV.

I. O metodach badania fizyjologicznego.

Wykład wstępny Prof. Dra Cybulskiego.

(Dokończenie Patrz Nr. 46).

Cechy te jednakowo się stosują do wszystkich istot żyjących bez wyjątku; jakaż więc zachodzi różnica między najwyższemi a najniższemi istotami? Różnica polega na tém, że pierwoszcze najniższych istot, nawet każda cząsteczka jego, posiada wszystkie te cechy prawie w jednakowym stopniu, jak np. zdolność przyswajania i dysymilacyi, pobudliwość i kurczliwość pod wpływem zewnętrznych bodźców itp., pierwiastki zaś organiczne wyższych organizmów, a mianowicie zwierząt, w miarę ich rozwoju, coraz mniéj stają się podobnemi do siebie; główne cechy pierwoszcza można wprawdzie wykazać prawie w każdym pierwiastku, lecz jednocześnie pewne z tych cech są rozwinięte do najwyższego stopnia, inne zaś prawie znikają. Tak np. w tych organizmach znajdujemy pierwiastki, w których najbardziéj jest rozwinięta pobudliwość, system nerwowy; pierwiastki, w których przeważnie jest rozwinięta kurczliwość, mięśnie; pierwiastki, które w wyższym stopniu niż inne przyswajają rozmaite istoty chemiczne i oddają je w postaci nowych kombinacyj, gruczoły itd.; jednem słowem wytwarzają się rozmaite tkanki i organy, z których każdy posiada jednę z zasadniczych własności pierwoszcza, przytém inne cechy pierwoszcza są albo bardzo mało rozwinięte, albo dochodzą do zupełnego zaniku, jak np. kurczliwość w tkance łącznéj. W wyższych więc organizmach własności pierwoszcza są podzielone między rozmaitemi pierwiastkami morfologicznemi. Widzimy tedy podział pracy między rozmaitemi częściami tegoż samego organizmu. Ten podział pracy w organizmach wyższych do tego stopnia jest posunięty, że każda część pozostaje w zupełnéj zależności od innych i organizm jako osobnik żyjący może istnieć tylko przy zachowaniu całości tego stosunku; tak np. pierwoszcze niższych istot możemy podzielić na części, przy tém każda część może śród pewnych warunków pędzić niezależnie swoje życie indywidualne, uszkodzenie zaś całości wyższego organizmu, np. pewnych organów: serca, mózgu itp., pociąga za sobą niechybną śmierć całego osobnika. W skutek takiego rozróżnienia w organizmach wyższych powstają szeregi narządów przeznaczone tylko do pewnego, ściśle określonego celu; tak widzimy narządy służące do odbierania podniet zewnętrznych (zmysły); narządy służące do wprawiania w ruch całego organizmu lub pojedyńczych części (mięśnie i kościec), specyjalne narządy do wprowadzania powietrza, pokarmów itp.; z kolei każdy z tych narządów składa się z szeregu mniejszych, które także wypełniają tylko właściwą sobie czynność. Czynności te nazywamy funkcyjami, a zbadanie tych funkcyj rozmaitych tak współczesnych jak następczych, zbadanie ich zależności wzajemnéj od siebie, oraz od warunków zewnętrznych jest zadaniem fizyjologii.

Wszystko to, co powiedziałem, może do pewnego stopnia dać wyobrażenie, z jakim szeregiem zjawisk będziemy mieć do czynienia w organizmach zwierzęcych. Zjawiska te, jak Panowie widzicie, mogą być w znacznéj części zaliczone do szeregu zjawisk fizyczno-chemicznych: wytwarzanie się rozmaitych sił w organizmie, powstawanie i rozkład rozmaitych związków chemicznych, zależność tych czynności od wpływów zewnętrznych i pewien stosunek ich do tych wpływów. Oprócz tego wskazałem szereg zjawisk, które przynajmniéj w obecnéj chwili nie mogą być zredukowane do zjawisk fizycznych, właściwych przyrodzie martwéj. Tak każdy organizm może pochodzić tylko od organizmów innych, do których w miarę rozwoju staje się podobnym. Ten cykl rozwoju organizmów posiada pewne, wszystkim wspólne cechy; w każdym organizmie spotykamy pewną dążność zachowawczą (dziedziczność) i pewną tendencyję postępową (zastosowanie się do otoczenia). Jakkolwiek więc nauka stwierdza stanowczo, że zjawiska życia są w bardzo ściśléj zależności od zjawisk fizyczno-chemicznych, że ostatnie stanowią część

integralną życia, jednak nie możemy twierdzić, że samo życie jest tylko pewną kombinacyją znanych nam fizyczno-chemicznych zjawisk. W rzeczywistości więc chcąc wytłumaczyć powstanie na kuli ziemskiéj pierwszych istot żyjących, musimy tworzyć tylko mniéj więcéj prawdopodobne hipotezy i w taki sposób zapełnić tę lukę, która istnieje między istotami żyjącemi a materyją martwą. Zaznaczyć jednak muszę, iż w miarę postępów fizyjologii i bijologii luka ta coraz bardziéj się zmniejsza, gdyż coraz większą ilość funkcyj fizyjologicznych można wytłumaczyć na podstawie praw fizyczno-chemicznych. Wspomnę tu o trawieniu, o krążeniu krwi, o pochłanianiu tlenu podczas oddechania itp., z czego wynika, że dla fizyjologii nie mogą być obojętnemi żadne gałęzie wiedzy, które badają prawa i stosunek zjawisk w całéj przyrodzie. Rozpatrzmy więc teraz, jaka w ogóle być może wiedza i jakie są główne metody poznawania przyrody.

Organem myśli i świadomości, jak Panom wiadomo, jest mózg, właściwie kora mózgowa; ten lub inny stan świadomości zależy od wrażeń otrzymywanych z świata zewnętrznego wszystkie zaś zjawiska świata zewnętrznego odbieramy za pomocą naszych zmysłów; jedne z tych zjawisk działają na zmysł widzenia, drugie na zmysł słuchu, trzecie na dotyk itd. Każde z nich wywiera pewien wpływ na obwodowy narząd tego lub innego zmysłu, w skutek czego powstaje tu lub owdzie ruch cząsteczkowy, który za pomocą nerwów dostaje się do mózgowia, a nerwy przy tém działają jak przewodniki, jak druty, po których przebiega prąd elektryczny. Ruch ten dochodzi do mózgowia i tam w korze mózgowéj śród pewnych warunków przedstawia się jako pewien stan świadomości; każde więc zjawisko zewnętrzne za pośrednictwem zmysłów odbije się w naszéj świadomości. Suma tych stanów świadomości tworzy wiedzę. Jedno i to samo zjawisko śród mniéj lub więcéj jednostajnych warunków wywołuje zawsze jeden i ten sam stan świadomości, stan ten jednak nie jest obrazem zewnętrznych zjawisk, gdyż jedno i to samo zjawisko pojmujemy za pomocą oka jako pewną określoną formę przy pewném oświetleniu, za pomocą ucha, jeżeli to zjawisko wywołuje powstawanie fal powietrznych, jako dźwięk, za pomocą skóry jako pewien stopień ciepła, ciśnienia ciężaru itd. Wrażenia te zależą więc właściwie od nerwów. Jeżeli będziemy drażnić siatkówkę światłem, prądem elektrycznym lub mechanicznie, zawsze skutkiem podrażnienia będzie w świadomości pewne zjawisko świetlne. Toż samo otrzymujemy nawet za podrażnieniem samego pnia nerwu wzrokowego. System więc nerwowy posiada pewną swoistą energiję, w skutek któréj powstają w naszéj świadomości nie obrazy zjawisk zewnętrznych, lecz tylko ich symbole.

Jeżeli dwa zjawiska mają miejsce jedno po drugiém następczo, również następczymi będą i odpowiadające im dwa stany świadomości, a ztąd wynika, że pewnym stosunkom między zjawiskami odpowiadać muszą również pewne stosunki między odpowiedniemi symbolami w świadomości; z saméj więc istoty rzeczy wiedza nasza może być tylko względną, możemy mieć wyobrażenie tylko o wzajemnym stosunku zjawisk, lecz nie o ich treści, treść rzeczy nawet przy najściślejszém zbadaniu musi pozostać dla nas na zawsze nieznaną. Tak więc nie możemy poznać, co jest materyja, lecz możemy ściśle określić stosunek zjawisk materyjalnych. Również możemy zbadać stosunek zjawisk w organizmach żyjących, jakkolwiek sama treść życia zostaje dla nas nieznaną. Widzimy więc, iż ogólny zapas naszéj wiedzy zależy od tego, w jakim stopniu są czułemi nasze narządy zmysłowe; jeżeli one nie są w stanie odczuć nieznacznych różnic między zjawiskami, to dwa różnorodne zjawiska powstaną w naszéj świadomości jako identyczne; ponieważ z drugiéj strony wiadomém jest, iż narządy naszych zmysłów nie są zbyt czułemi, gdyż potrzebnym jest pewien ciężar, abyśmy go uczuli jako ciężar, tylko pewne fale eteru odczuwamy jako światło, podczas gdy inne cieplne i chemiczne są niewidzialne, a pewne osoby nawet nie odróżniają i pewnych świetlnych fal (np. barwy czerwonéj); tylko pewne fale powietrzne odczuwamy jako fale dźwiękowe—mniejszéj zaś ilości drgań na sekundę u 16 i większéj nad 30.000 ucho nasze odczuwać nie jest w stanie, jakkolwiek istnieją drgania i o mniejszéj ilości na sekundę niż 16 i o większéj nad 30.000, ztąd więc wypada, iż w celu powiększenia naszéj wiedzy musimy zwiększyć czułość naszych narządów zmysłowych i w rzeczy saméj szybki postęp nauki rozwija się tylko w skutek ulepszenia najrozmaitszych przyrządów, z których jedne zwiększają czułość oka (mikroskop, teleskop), inne ucha (resonatory), inne znowu czucie dotyku i temperatury (termometry, barometry, dynamometry itd.); tylko uzbroiwszy nasze zmysły odpowiedniemi przyrządami mogliśmy poznać stosunek między takiemi zjawiskami, o jakich przedtém nie mieliśmy pojęcia. Nauka więc przedstawia nam właściwie stosunek między zjawiskami, lecz każda gałąź wiedzy dochodzi tylko drogą pewnéj metody do poznania tego stosunku między pewną kategoryją zjawisk. Tak matematyka przedstawia nam stosunek między wielkościami, metodą jéj jest rozumowanie. Dynamika bada stosunek pojedynczych przedmiotów względem siebie w przestrzeni, metodą jéj jest obserwacyja. Dynamika potrzebuje pewnych zasad, które najprzód należy sprawdzić i udowodnić; „jedyny środek, powiada Bourdeau, do poznania stosunku mas polega na tém, iż najprzód należy sprawdzić rzeczywistość rzeczy — zatém określony porządek przemieszczenia w celu przekonania sią za pomocą ścisłych wymiarów, czy ten porządek jest stały, czy zmienny w czasie"; słowem wypada złączyć zjawiska poprzednie z następnymi. Zastósowanie matematycznych obliczeń do dynamiki o tyle tylko jest korzystném, o ile zasady, na których opiera się obliczenie, są prawdziwe (weźmy np. prawo ciążenia Newtona); matematyka jest to młyn, twierdzi Huxley, który również może mleć dobre jak i złe ziarno. Organami téj obserwacyi są przeważnie: oko, dotyk i czucie mięśniowe. Ponieważ zmysły te są zanadto nieczułymi, oczywistą jest rzeczą, iż dla postępu dynamiki musiały być wynalezione całe szeregi przyrządów, któreby wypełniały ten brak naszych zmysłów — tak posiadamy rozmaite systemy wag, przyrządy optyczne, chronometry, mikrometry itd.

Czém jest dynamika względem stosunku ciał, tém jest fizyka względem cząsteczek tychże ciał, lecz różni się co do metody — głównym organem téj metody jest eksperyment, który polega na uproszczeniu i odwrotnie na komplikacyi warunków zjawisk, aby w ten sposób oznaczyć wpływy je wywołujące i zmieniające. Teoryja zasad eksperymentu podana przez Bacona, uzupełniona zaś przez St. Milla redukuje się do następujących trzech form: 1) skonstatowanie przypadków, śród których pewne zjawisko ma miejsce, 2) określenie, jakie warunki można usunąć bez wpływu na samo zjawisko, 3) oznaczenie warunków, które mogą zmieniać sam stopień zjawiska. Lecz samo eksperymentowanie nie wystarczy dla rozwoju téj nauki: „empiryzm, jak powiada Kl. Bernard, może służyć do nagromadzenia faktów, lecz nie może

stworzyć nauki. Doświadczenia muszą polegać nie na samém sprawdzaniu zjawisk, lecz na udowadnianiu pewnych przypuszczeń. Eksperymentator niemający wyobrażenia o tém, czego szuka, nie zrozumie tego, co znajdzie". Fizyka więc pomimo metody eksperymentalnéj musi się posługiwać hipotezami, któreby tlumaczyły fakty i swoją drogą same za pomocą tychże faktów były stwierdzane. (Kartezyjusz). Hipoteza więc jest przedwczesném rozwiązaniem zadania, ona musi się opierać na faktach, na całości wrażenia, lecz musi być stwierdzana za pomocą tychże faktów. Ma się rozumieć, iż oprócz eksperymentów w fizyce należy stósować obserwacyje i rozumowania.

Chemija bada skład ciał pierwiastkowy, metodą jéj zaś jest analiza i synteza. Wspomniałem o nieczułości naszych zmysłów, która przy badaniu zjawisk przyrody najbardziéj się uwydatnia w badaniu składu chemicznego ciał. Pod tym względem czynnymi są przeważnie smak i powonienie, lecz wrażenia otrzymywane za pomocą tych zmysłów wskazują tylko pewne własności ciał (gorycz, kwas, słodycz), a nie dają nam żadnego wyobrażenia o ich składzie. Prócz syntezy i analizy chemija również jak i fizyka posługuje się obserwacyją i eksperymentem (wpływy światła, ciepła, napięcia elektrycznego itp.), a zastósowanie rozmaitych przyrządów posunęło tę naukę tak daleko, iż dziś nie tylko mamy wyobrażenie o składzie ciał ziemskich, lecz nadto o składzie ciał niebieskich (analiza spektralna). Pomimo wymienionych własności ciał możemy badać ich kształt i w tym celu oprócz wymienionych wyżéj sposobów badania posługujemy się nową metodą: porównywaniem. Wszystkie te sposoby bywają używane w jednym celu, a mianowicie w celu określenia podobieństwa i różnicy. Do rozwoju téj gałęzi wiedzy najbardziéj przyczyniły się wynalezienie mikroskopu i przyrządu Nicola.

Ten powierzchowny rzut oka na metody innych nauk daje do pewnego stopnia możność oznaczenia, jaką właściwie metodą musi się posługiwać fizyjologija. Zjawiska, zachodzące w organizmach żyjących, są przeważnie fizyczno-chemicznéj natury, znajdują się w ściśléj zależności od otoczenia, przy tém następczość tych zjawisk, czyli funkcyj, przedstawia pewien określony cykl, w którym one łączą się według określonego prawa, jeżeli zmiany w otoczeniu nie przekraczają pewnych granic. Mamy więc na celu zbadanie stosunku rozmaitych funkcyj istot żyjących do otoczenia, stosunku funkcyj współczesnych między sobą a także ich następczość, tj. stosunek poprzedzających do następujących. Nasamprzód więc musimy posiadać żyjący przedmiot, w którym mogłyby się odbywać rozmaite funkcyje życia, a oprócz tego zewnętrzne czynniki czyli podniety i rezultat wpływu ostatnich na przedmiot żyjący—zmianę. To są części składowe każdego zjawiska fizyjologicznego, czyli funkcyi fizyjologicznéj. W celu więc zbadania jakichkolwiek fizyjologicznych funkcyj musimy przedewszystkiém wybrać jakiś przedmiot żyjący, zdolny do wykrywania tych funkcyj, cały organizm lub jego część, musimy go poznać pod względem składu, formy i własności fizycznych, tj. posługiwać się metodami innych nauk a przeważnie morfologii, chemii i fizyki. Lecz ponieważ w każdym organizmie odbywa się niezliczona ilość rozmaitych funkcyj, więc tylko sztucznie można dokonać pewnych uproszczeń, można usunąć wpływy pewnych podniet lub innych funkcyj. Takie uproszczenia stanowią eksperyment fizyjologiczny, dla którego jako przedmioty badania mogą służyć same organizmy lub ich żyjące części, mówiąc wyraźnie, uproszczenie to może być osiągnięte tylko drogą wiwisekcyi, gdyż tylko zjawiska w żywém ciele mogą być przedmiotem badania fizyjologicznego, wszystkie zaś inne wchodzą już w zakres innych nauk. Jakkolwiek więc fizyjologija musi się posługiwać rozmaitemi metodami, przeważnie jednak musi być nauką eksperymentalną. Postęp ogromny, jaki osiągnęła fizyjologija w naszém stuleciu, jest właśnie rezultatem zastosowania téj metody. Odkrycie układu krwionośnego (Harvey), funkcyi wątroby (Kl. Bernard), hemoglobiny, oddechania, różnic między nerwami czulnemi a ruchowemi (Magendie) są tego najlepszym dowodem. Wszak o istnieniu naczyń krwionośnych wiedzieli jeszcze starożytni, lecz ileż teoryj powstało w głowach ówczesnych badaczy o ruchu krwi i jego przyczynach; morfologija wątroby także była znaną dość dawno, lecz tylko doświadczenia znakomitego Kl. Bernarda wykazały jéj funkcyję cukrotwórczą; słowem rozwój fizyjologii jako nauki o funkcyjach życia bez eksperymentów na przedmiotach żyjących jest niemożliwym. Wspomnę jeszcze, iż tylko dzięki eksperymentowaniu można było zdobyć te główne prawa, na których się opiera fizyjologija nowoczesna. Widzieliśmy już, że dziś z pewnością można twierdzić, iż w organizmach również jak i w przyrodzie martwéj nie ma miejsca ani wytwarzanie się nowéj materyi, ani nowych sił a istnieje tylko przeistoczenie się tak materyi jak również sil. Pozwoliłem sobie, Panowie, zwrócić Waszą uwagę na tę kwestyją jedynie z tego powodu, że u nas jak i gdzieindziéj spotkać można nawet bardzo wykształconych ludzi, którzy z góry powstają przeciw wiwisekcyjom, poczytując je, jeżeli nie za barbarzyńskie zadowolenie eksperymentatora i męczarnię żywych istot, to w każdym razie jako rzecz, bez któréj fizyjologija może się obejść, bliższe jednak zbadanie téj kwestyi świadczy, iż tak nie jest. Jak niemożliwy jest postęp chemii bez analizy ciał chemicznych, anatomii bez dysekcyi trupów, tak niemożliwym jest postęp fizyjologii bez eksperymentów. Lecz nietylko postęp, nawet samo obznajomienie się z wynikami już dokonanych badań również jest niemożliwém: kto nigdy nie widział skurczu mięśni lub serca, z trudnością go sobie będzie mógł wyobrazić, a cóż dopiero mówić o takich zjawiskach, jak ruch cząsteczkowy w nerwach, prędkość tego ruchu, jego zależność od otoczenia, odruchy itp. Tylko za pomocą eksperymentu uczący się może być przekonany o rzeczywistości tych zjawisk.

Jakkolwiek więc fizyjologija nie posiada oddzielnych sposobów badania, rozmaitość jednak i zmienność przedmiotów badanych a również rozmaitość funkcyj wymaga dla dokładnego ich zbadania całego szeregu specyjalnych przyrządów. Dokładność zbadania każdego zjawiska zależy od dokładności użytych przyrządów. Postęp więc rozwoju mechanicznéj części przyrządów, ich dokładność, wywierają także wielki wpływ na postęp saméj nauki. Całe szeregi zjawisk nie są nam dokładnie znane jedynie dla tego, iż nie posiadamy odpowiednich do tego przyrządów. Oprócz więc saméj metody ulepszenia i wynalazki przyrządów dających możność zbadania coraz większéj ilości funkcyj w organizmach żyjących, stanowią bardzo ważny warunek postępu fizyjologii.

II. Przyczynek do kazuistyki wycinania wrzodu stwardniałego.

Podał Dr. A. Zarewicz,
prymaryjusz oddziału chorób wenerycznych i skórnych,
docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Do powyższych dwunastu przypadków dodaję jeszcze dwa przypadki wyciętych wrzodów stwardniałych, które przed

niedawnym czasem operowałem, a które ze względu na zmiany następowe zasługują także na uwagę.

13. W. D., lat 23 liczący, akademik, podaje, iż w lipcu r. b. często, a po raz ostatni w dniu 24 lipca r. b., spółkował. Pierwsze zmiany spostrzegł dopiero w dniu 26/7, do czego jednak żadnéj wagi nie przywiązywał. Po raz pierwszy badałem chorego w dniu 29/7, a wtenczas na wewnętrznéj powierzchni napletka po stronie lewéj znajdował się wrzód stwardniały w formie ekskoryjacyi wielkości soczewicy. Wrzód był okrągłym o powierzchni gładkiéj, pokrytéj ściśle przylegającą szarą i skąpą wypociną, o podstawie lekko stwardniałéj. Stwardniałość była ograniczoną i przekraczała nieco rozmiary owrzodzenia. W pachwinie prawéj znajdowały się dwa gruczoły bardzo nieznacznie powiększone, niebolesne, w lewéj pachwinie nie było żadnych zmian. Odżywienie pacyjenta dość dobre, nieco niedokrewny.

W dniu 30 lipca rano wycięto wrzód stwardniały. Postępowanie w czasie operowania i opatrunek były takie same jak na wstępie podałem.

W dniu 3 sierpnia po zdjęciu pierwszego opatrunku zauważano lekkie obrzmienie w okolicy szwów, które odjęto, przyczém okazało się, iż rana na całéj przestrzeni zagoiła się przez rychłozrost. W gruczołach pachwinowych prawych chory uskarżał się na pewnego rodzaju dolegliwość, któréj jednak bliżéj określić nie mógł. Badanie nie wykazało powiększenia gruczołów, bolesności za uciskiem na gruczoły pacyjent także nie doznawał.

W następnych dniach obrzmienie na około szwów zeszło, zagojenie rany utrzymywało się, spostrzeżono jednak, iż w dniu 8/8 gruczoły pachwinowe prawe powiększyły się, a do zajętych początkowo dwu gruczołów przybył jeszcze jeden, tak że ogółem w pachwinie prawéj wyczuć można było trzy, tuż obok siebie ułożone i powiększone gruczoły. Pachwina lewa nie okazywała żadnych zmian.

Do dnia 13 sierpnia stan chorego nie zmienił się, od tego czasu aż do dnia 5 września z powodu mojéj nieobecności pacyjenta nie widziałem. W dniu 5 września stan chorego był następujący: Gruczoły karkowe, barkowe i pachwinowe lewe nie były powiększone, w pachwinie prawéj znajdowały się trzy powiększone gruczoły niebolesne, z których największy, najbardziéj na zewnątrz położony, dochodził do wielkości małego orzecha włoskiego. Na skórze i błonach śluzowych nie było zmian; w miejscu wyciętém znajdowała się półkulista stwardniałość miernie zbita, niebolesna, na którą polecono stosować przylepiec rtęciowy.

W dniu 8 września pojawiły się na bokach klatki piersiowéj i gdzieniegdzie na brzuchu bardzo nieliczne plamy syfilityczne. Plamy zwolna przybywały, tak że w dniu 17 września stan wysypki był następujący: skąpo rozsiane plamy syfilityczne na klatce piersiowéj, brzuchu i grzbiecie, na wewnętrznéj zaś stronie obu barków plamy były bardzo nieliczne. Jama ustna nie okazywała żadnych zboczeń, stwardniałość w miejscu wyciętém pod przylepcem rtęciowym zmniejszyła się, w gruczołach limfatycznych nie zaszły w poprzednio wymienionym stanie żadne zmiany. W dniu tym rozpoczęto leczenie za pomocą garbnikanu rtęciawego rozpoczynając od dziennéj dawki 0·18. Do zmian powyższych na skórze, których więcéj nie przybyło, przystąpiła w d. 22/9 nader powierzchowna niewielka kłykcina sącząca na łuku gardzielowym prawym, którą zapędzelkowano rozczynem wyskokowym sublimatu.

W dniu 27/9 plamy znacznie zbladły, kłykcina sącząca w jamie ustnéj ustąpiła, gruczoły pachwinowe lewe i stwardniałość zmniejszyły się, w dniu 6ym października plamy nie były już widoczne. Obecnie chory pozostaje daléj w leczeniu.

W powyższym przypadku ważne są następujące szczegóły: Wrzód wycięto piątego dnia, rana zagoiła się przez rychłozrost, a mimo to dziewiątego dnia po wycięciu stwierdzono, iż gruczoły pachwinowe lewe powiększyły się znaczniéj, niż były przed wycięciem. W miejscu wyciętego wrzodu na kilka dni przed wystąpieniem zmian ogólnych wystąpiła stwardniałość. Zmiany ogólne pojawiły się 45 dnia, a charakter tych zmian był bardzo łagodnym.

14. X. Y., lat 25 liczący, doktorand medycyny. Chory podaje, iż przedostatni raz spółkował w dniu 11 lipca, po raz zaś ostatni 31 lipca. Pierwsze objawy chorobowe spostrzegł w południe dnia 4 sierpnia, czy dzień przed tém (3 sierpnia) nie było zmian na prąciu, tego na pewne powiedzieć nie może, gdyż w dniu tym nie badał się, stanowczo zaś twierdzi, iż w dniu 2 sierpnia był jeszcze zdrowym.

W dniu 4 sierpnia, w kilka godzin po dostrzeżeniu przez pacyjenta znaków na prąciu, badając chorego znalazłem na wewnętrznéj powierzchni napletka po stronie prawéj w pobliżu rowka zażołędnego rozpoczynający się wrzód stwardniały. Gruczoły pachwinowe po stronie lewéj były tak nieznacznéj wielkości, iż trudno było uważać je za chorobowo przeobrażone, zwłaszcza skoro pacyjent twierdził, iż o ile mu się zdaje gruczoły te w tym samym stanie istniały jeszcze przed nabyciem wrzodu. Gruczoły w pachwinie prawéj nie były wcale zajęte.

Wrzód wycięto w d. 5 sierpnia rano, a zatém w niespełna 24 godzin a najpóźniéj w 48 godzin (gdybyśmy przypuścili, iż już w d. 3/8 istniał wrzód stwardniały, ale przez pacyjenta nie był widzianym) od czasu pojawienia się jego. Przed wycięciem stwierdzono, iż wrzód od czasu, kiedym go po raz ostatni w dniu poprzednim oglądał, w dwójnasób się powiększył, gruczoły jednak pachwinowe utrzymywały się w takim stanie, w jakim były poprzednio.

W dniu 7 sierpnia wejrzenie miejsca operowanego było bardzo dobrém; szwów dnia tego nie odejmowano. Natomiast na wewnętrznéj stronie napletka, mniéj więcéj w linii środkowéj prącia, bardzo blisko rowka zażołędnego, zauważyłem dwa tuż obok siebie ułożone zaczerwienienia skóry, ściśle odgraniczone, bez żadnéj zresztą zmiany. Zrazu nie nadawałem tym zmianom żadnego znaczenia, skoro jednak nazajutrz (8/8) dostrzegłem, iż na jedném z tych miejsc zaczerwienionych wytworzyła się w środku mała lecz ściśle ograniczona ekskoryjacyja a drugie na przestrzeni również ograniczonéj okazywało jakoby sączenie, wyciąłem obie te zmiany, jakkolwiek co do ich natury nie miałem jeszcze żadnéj pewności. Po wycięciu nie założono szwów z powodu, iż część rany znajdowała się już na żołędzi.

Gdy w miejscu operowaném w dniu 5 sierpnia odjęto szwy dnia 9 sierpnia okazało się, iż rana zagoiła się w całości przez rychłozrost, w miejscu zaś operowaném dnia 8 brzegi rany do tego stopnia się zbliżyły, iż rana nie posiadała więcéj nad 1mm. szerokości. Na miejsce to polecono przykładać lekki rozczyn azotanu srebrowego. Gruczoły pachwinowe nie okazywały żadnych świeżych zboczeń.

W cztery dni późniéj (13/8) rana po drugiém wycięciu powstała w przeważnéj części była już zagojoną, natomiast gruczoły pachwinowe lewe nieco się powiększyły.— Z powodu mojéj nieobecności chorego przez dwa tygodnie nie widziałem. Za powrotem w d. 1 września znalazłem następujący stan: gruczoł barkowy prawy był zaledwie wymacalnym, gruczoły pachwinowe lewe były powiększone i nieco bolesne, największy z nich dochodził do wielkości średniego orzecha włoskiego, inne gruczoły nie były zajęte; na błonach śluzowych i na skórze nie było zmian, w miejscu operowaném w dniu 5/8 znajdował się nie-

znaczny naciek, w miejscu zaś wyciętém dnia 8/8 znajdowała się w środku blizny półkulista stwardniałość wielkości grochu ze skórą lekko zaczerwienioną. Prócz tego zauważyłem w rowku zażołędnym po stronie prawéj ekskoryjacyję ściśle odgraniczoną, okrągłą, do wielkości soczewicy dochodzącą, któréj podstawa była lekko naciekłą. Uważając zmianę tę za rozpadły guzek syfilityczny, poleciłem pędzelkowanie téj zmiany rozczynem wyskokowym sublimatu. Na bolesne gruczoły pachwinowe lewe zalecono spokój i nacieranie ich nastojem jodowym.

W tydzień późniéj (7/9) zmiana w rowku zażołędnym była już zagojona, stwardniałość w miejscu wyciętém dnia 8/8 utrzymywała się w tym samym stopniu, stan gruczołów pachwinowych lewych chwilowo polepszony, pogorszył się skutkiem forsownego chodzenia. Gruczoły tamże położone znacznie się powiększyły i zlały się w jednolity obrzęk o powierzchni guzowatéj, przy ucisku miernie bolesny. Najważniejszym jednak objawem w dniu 7/9 było pojawienie się bardzo nielicznych plam po lewéj stronie klatki piersiowéj. W dniu 11/9 plamy były liczniejsze i usadowione były obficie po obu bokach klatki piersiowéj i na wewnętrznéj stronie obu barków, skąpo na grzbiecie tułowia i na przodowéj stronie klatki piersiowéj, inne miejscowości nie były zajęte; również niezajętą była błona śluzowa jamy ustnéj. Gruczoły karkowe i barkowe były powiększone, w gruczołach pachwinowych lewych bolesność ustąpiła, obrzęk jednak nie zmniejszył się. Naciek nieznaczny w miejscu operowaném dnia 5/8 zmniejszył się znacznie, na stwardniałość zaś powstałą w miejscu operowaném dnia 8/8 a utrzymującą się w jednakowym stopniu poleciłem plaster rtęciowy.

Gdy do dnia 17/9 żadne świeże zmiany nie wystąpiły, rozpoczęto leczenie za pomocą garbnikanu rtęciawego rozpoczynając od dziennéj dawki 0·18.

W dniu 2 października plamy ustąpiły w zupełności, stwardniałość powstała w miejscu drugiego wycięcia znacznie się zmniejszyła, powiększone gruczoły również zmalały. Obecnie chory pozostaje jeszcze w leczeniu.

W przypadku powyższym wystąpiły w nierównym czasie trzy wrzody stwardniałe, z tych jeden pojawił się dnia 4/8, a dwa inne, tuż obok siebie ułożone, we trzy dni późniéj. Wrzody stwardniałe wycięte zostały zaraz nazajutrz po ich wystąpieniu. Gruczoły pachwinowe w czasie wycięcia były tak nieznacznie powiększone, iż na razie trudno było uważać je za chorobowo zmienione, mimo to gruczoły te w ośm dni po wycięciu zaczęły się powiększać i następnie przybrały znaczne rozmiary, co jednak w przeważnéj części przypisać należy forsownemu chodzeniu, na które pacyjent był narażonym. Rana po pierwszém wycięciu zagoiła się przez rychłozrost, rana zaś po wycięciu dwu drugich wrzodów powstała goiła się przez ropienie, z powodu iż szwów dla braku odpowiedniego miejsca nie założono. W miejscu drugiego wycięcia wytworzyła się na kilka dni przed wystąpieniem zmian ogólnych stwardniałość, któréj resztki widoczne jeszcze były w dniu 2 października, podczas gdy w tym samym czasie (1/9) w miejscu wycięcia pierwszego wrzodu powstał nieznaczny, krótko utrzymujący się naciek. Zmiany ogólne wystąpiły w tym przypadku około 35 dnia i były łagodne. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Sposób zapobieżenia wściekliźnie po ukąszeniu.

Wykład L. Pasteura.

(Dokończenie. Patrz Nr. 46).

Jakżeż więc wytłumaczyć ten nowy sposób leczenia wścieklizny po ukąszeniu, który właśnie co podałem? Nie mam dziś zamiaru omawiać téj sprawy obszernie. Chcę ograniczyć się do kilku szczegółów, co do których wydaje mi się, iż mogą uczynić zrozumialszą myśl doświadczeń, jakie podejmuję, aby uzyskać podstawy do jak najlepszego tłumaczenia.

Uwzględniając sposoby osłabiające zabójcze jady i ochronę, jaką ztąd wyprowadzać możemy z jednéj strony a z drugiéj strony, że wpływ powietrza odgrywa rolę przy tém osłabianiu, to co do wytłumaczenia sposobu działania téj metody nasuwa się najpierw myśl, że przechowywanie preparatów rdzenia jadem wścieklizny przejętych w suchém powietrzu zmniejsza powoli gwałtowność ich zaraźliwości, aby ją w końcu zniszczyć.

Skłaniałoby to do mniemania, iż metoda ochronna, o którą tu idzie, polega na tém, że z początku używamy całkiem bezskutecznych, a późniéj lekko, a nakoniec więcéj zaraźliwych jadów do szczepienia.

Okażę jednak, iż zapatrywanie to zostaje z faktami w sprzeczności. Dowiodę, że opóźniony okres wylęgania u królików, którym, jak właśnie opisałem, dzień za dniem jad wścieklizny szczepimy, aby stopień zaraźliwości naszych preparatów z rdzenia wypróbować, jest wynikiem uzasadnionym przez ilościowe zmniejszenie jadu wścieklizny w tych preparatach zawartego a nie przez osłabienie zaraźliwości.

Czyż możnaby przypuszczać, że szczepienie jadu o zawsze jednakowéj zaraźliwości zdoła wytworzyć ochronę od wścieklizny, jeżeli stosowanie rozpoczynamy od małych ale codzień zwiększających się ilości? Oto objaśnienie faktów nowéj metody, nad którém doświadczenia czynię.

Można podać jeszcze inne tłumaczenie nowéj metody, tłumaczenie, wydające się na pierwszy rzut oka bardzo dziwném, zasługujące jednak na uwagę, gdyż zgadza się z pewnemi już znanemi wynikami, jakich nam dostarczają objawy życia niektórych niższych istot żyjących a mianowicie różnych patogenicznych mikrobów.

Wiele mikrobów, jak się zdaje, wytwarza w hodowlach swych istoty posiadające przymiot szkodzenia własnemu ich rozwojowi.

Od r. 1880 czyniłem badania w celu stwierdzenia, że mikrob cholery u kur wytwarza jad szkodliwy dla samego tego mikrobu (patrz *Comptes rendus* t. XC, 1880). Nie udało mi się wykazać istnienia takiéj istoty, sądzę jednak, że należy badania w tym kierunku na nowo podjąć, co się mnie tyczy nie uchylam się od tego i podejmę badania z czystą gazą karbolową.

Mikrob róży u świń można hodować w różnych cieczach odżywczych, czysta jednak hodowla wytwarzająca się przytém jest tak słabą i tak ograniczoną w rozszerzeniu, że czasem jedynie z trudem dojrzeć można hodowli w istocie odżywczéj w postaci falistego paska.

Raulin, dawniejszy mój asystent a obecnie profesor w Lyonie, stwierdził w uwagi godnym wykładzie, mianym 22 marca 1870, że bujający *Aspergillus niger* wytwarza istotę po części tamującą rozwój tego grzybka pleśniawkowego, gdy w istocie odżywczéj nie ma soli żelazowych.

Czy nie mogłaby może istota, jaką tworzy jad wścieklizny, być złożoną z 2ch różnych części składowych, tak iżby obok jednéj żywotnéj i posiadającéj zdolność pomnażania się w systemie nerwowym znajdowała się inna nieżywotna, która skoro znajdować się będzie w stosunkowo dostatecznéj ilości rozwój pierwszéj tamować może? W następném doniesieniu opierając się na doświadczeniach trzecie to tłuma-

czenie ochronnéj metody wścieklizny psiéj zbadam z całą uwagą, na jaką zasługuje.

Nie potrzebuję w końcu nadmieniać, że może ze wszystkich pytań najważniejszém do rozstrzygnięcia jest to, jaki okres czasu zachować wypada od chwili ukąszenia aż do chwili leczenia? Okres ten wynosił u Meistra $2^1/_2$ dnia. Należy jednak liczyć na to, że ten czas może być jeszcze dłuższym.

Dnia 20 października przy uprzejméj pomocy panów Vulpiana i Granchera rozpocząłem leczenie 15-letniego młodzieńca, który przed 6 dniami wśród ciężkich warunków na obu rękach pokąsany został.

Pospieszę donieść Akademii, jaki będzie przebieg téj nowéj próby.

Akademija może nie bez interesu poweźmie wiadomość o odwadze i przytomności umysłu tego chłopca. Piętnastoletni pasterz Jan Jupille z Villers Farley (Jura), widząc, iż podejrzanie wyglądający wielki pies bieży ku gromadce 6ciu małych jego towarzyszy, z których każdy był od Jupilla młodszym, podbiegł uzbrojony biczem ku niemu. Pies zchwycił Jupilla za lewą rękę, on jednak powalił zwierzę na ziemię i przytrzymawszy go celem uwolnienia lewéj ręki rozwarł mu ręką prawą pysk, przyczém pies kilkakrotnie ugryzł go, a sznurem bicza związawszy pysk, zabił psa drewnianym pantoflem.

(Podawszy w dosłownêm tłumaczeniu wykład Pasteura podajemy w obec ważności przedmiotu także najważniejszą treść rozpraw, które po tym wykładzie w Akademii Umiejętności nastąpiły).

Najpierw zabrał głos Vulpian w te mniéj więcéj przemówiwszy słowa: Akademija pojmie, gdy jako członek sekcyi dla medycyny i chirurgii głos zabiorę dla wyrażenia uczucia podziwu, jaki we mnie wzbudza wiadomość przez Pasteura podana. Jestem przekonany, że uczucia te podziela ogół lekarzy. Przeciw wściekliźnie, téj strasznéj chorobie opierającéj się dotąd wszelkim terapeutycznym usiłowaniom, znaleziono nareszcie środek. Udało się Pasteurowi, niemającemu na téj drodze żadnego poprzednika nad siebie samego, przez szereg doświadczeń, długie lata bez przerwy prowadzonych, wynaleźć środek leczniczy, przy pomocy którego u człowieka pokąsanego przez psa wściekłego można zapobiedz na pewne wybuchowi wścieklizny.—Powiadam na pewne, bo po tém, co widziałem w pracowni Pasteura, nie wątpię o stałym wyniku tego leczenia, skoro tylko znajdzie ono dokładne według przepisu zastósowanie w kilka dni po ukąszeniu.

Odtąd zdaje się być rzeczą konieczną zająć się urządzeniem służby bezpieczeństwa dla leczenia wścieklizny według metody Pasteura. Każdemu przez psa wściekłego pokąsanemu należy ułatwić korzystanie z tego dobrodziejstwa, które wieńczy sławę naszego cenionego kolegi a staje się zarazem największą chlubą naszéj ojczyzny.

Larrey zabrawszy następnie głos uprasza Akademiję, aby postarała się o odznaczenie jakąś nagrodą bohaterskiego chłopca Jupilla.

Bouley, Prezydent Akademii Umiejętności, dziękuje Pasteurowi w imieniu Akademii za wielkie odkrycie, którém naukę lekarską wzbogacił. „Dawszy wyraz uczuciom podziwu" powiada Bouley „pozwalam sobie prosić Pasteura o wyjaśnienie co do jednego, jak mi się zdaje, ważnego punktu, aby *a priori* zapobiedz zarzutom, jakieby mu uczynić można. Sposób ten polega, jak widzieliśmy, na tém, że ustrój, który chcemy uchronić, powoli coraz silniejszym jadem napojony zostaje. Jad ten pozostaje bez niebezpiecznego skutku, jeżeli się go oględnie szczepi. Czyż jednak z tego powodu utracił swe skuteczne przymioty? Czyż nie byłoby możliwêm, że jad ten, aczkolwiek wolny od niebezpieczeństwa dla ustroju, już od wpływu jego zabezpieczonego, mógłby się okazać dzielnym i szkodliwym w obec drugiego, który jeszcze nie został poddany postępowaniu, czyniącego ustrój mniéj sposobnym na wniknięcie jadu wścieklizny? Czy można już teraz twierdzić, że ukąszenia zadane np. przy zabawie przez psa młodego poddanego metodzie zapobiegającéj są równie nieszkodliwemi, jak ukąszenia tego samego zwierzęcia w warunkach fizyjologicznych? To pytanie może się nasunąć a niezawodnie Pasteur, który gdy czyni doświadczenia, wszystko tak dobrze umie z góry obliczyć, zadał je sobie i posiada obecnie sposób rozwiązania tego pytania.

Z kolei przemówił Pasteur temi słowy: Dziękuję memu uczonemu koledze Vulpianowi za zachęcające i pochlebne słowa, jakiemi do mnie przemówił. Dołożę wszelkich usiłowań, aby ochronną metodę od wścieklizny uczynić o ile można praktyczną i łatwo wykonać się dającą. Szczęściem, o ile mi się zdaje, łatwo to przyjdzie, bo w tym celu wystarcza ciągłe utrzymywanie wścieklizny u królików.

Pytanie uczynione mi przez czcigodnego Prezydenta Bouleya jest wielkiéj doniosłości, zbadam je doświadczalnie, skoro czas po temu znajdę.

Nakoniec wniosek bar. Larreya przedłożę na najbliższém zebraniu Akademii francuskiéj [1]), która go niezawodnie uwzględni.

Pasteur miał także wykład o têm szczepieniu ochronném od wścieklizny w Akademii lekarskiéj podając te same fakty i zapatrywania, jakie wyłożył w Akademii Umiejętności. I tu znalazł zupełne uznanie a Prezydent wyrazil się: „dzień pierwszego szczepienia wścieklizny u człowieka pozostanie pamiętnym w historyi medycyny i ludzkości".

Po przeminięciu pierwszego wrażenia, jakie doniesienie to sprawiło, zabrał głos Julijusz Guérin dla uczynienia kilku zarzutów. Żąda on, aby podania Pasteura z następnych względów przyjmować z pewnêm zastrzeżeniem.

1) Pasteur czynił szczepienia z teoretycznym lub jeżeli się tak wyrazić można, sztucznym jadem wścieklizny, którego identyczności z jadem prawdziwym wścieklizny lub samoistnie powstałym dowieść nie można.

2) Szczepienia te, aby miały moc dowodową, należało podejmować na chorym, który nie był poprzednio zupełnie leczonym; pasterzowi jednak, o którym wspomniał Pasteur, przykładano kompresy z rozczynu karbolowego.

3) W doniesieniu Pasteura rozchodzi się o metodę ochronną od wścieklizny. Guérin życzy sobie, aby zająć się wynalezieniem środka leczniczego na prawdziwą wściekliznę, która już wybuchła. *Dr. Grabowski.*

Prof. Gerhardt: **Zadania dyjagnostyki i leczenia.**

Wykład miany 2 listopada 1885 przy otwarciu drugiéj berlińskiéj kliniki dla chorób wewnętrznych.

Zadaniem kliniki jest leczyć, nauczać i badać. Odziedziczony i z każdym dniem mnożący się materyjał wiedzy lekarskiéj winna ona spożytkowywać w celach leczniczych. Winna w Waszych oczach, Panowie, badać, a wyniki badań oddać Wam do zużytkowania. Jéj zadaniem pracować i badać,

[1]) Akademija francuska wynagrodziła już bohaterskiego chłopca nagrodą 1000 franków wynoszącą.

Waszém brać udział w téj pracy, poznać jéj metody badania i zasmakować w przyjemnościach poszukiwań naukowych.

Leczenie jest celem téj drogi, któregośmy z oczu spuszczać nie powinni. Ale owoce leczenia dojrzewają na drzewie wiadomości. Bez rozpoznania nie masz rozumnego leczenia. A więc przedewszystkiém badanie, potém wnioskowanie, a w końcu dopiero leczenie, oto koléj naszéj pracy.

Rozpoznanie winno ogarniać cały zbiór zmian chorobowych. Przyczepienie choremu nazwy choroby nie jest niém jeszcze. Rozpoznanie, to wykazanie całego ogółu istniejących zmian anatomo-fizyjologicznych, wytłumaczenie ich powstania, wprowadzenie ich w wzajemny związek przyczynowy. Ważniejszą tu rzeczą jest wszechstronne badanie niż uwzględnienie jedynie jednoznacznych objawów. Zadaniem Waszém, Panowie, jest dokładne przyswojenie sobie wszystkich metod badania, a mianowicie dawniejszych, które jako bardziéj wykończone, mieszczą w sobie masę wypróbowanego i krytycznie uporządkowanego materyjału naukowego.

Żadna stała formułka, żaden szablon nie może być podstawą sztuki rozpoznawczéj. Jedynie wszechstronne objęcie i rozumny rozbiór objawów stwarza wysoki stopień prawdopodobieństwa. Z małemi wyjątkami, bo prócz zmian tylko do powierzchni ograniczonych, polega całe rozpoznawanie na rachunku prawdopodobieństwa. Im większym zasobem objawów znanéj wartości będziemy rozporządzać, tém wynik będzie pewniejszym. Wartość zaś poszczególnych objawów wynika ze sposobu ich powstawania. Im wszechstronniéj zatém poznamy genezę pojedynczych objawów, im łatwiéj zdołamy je sprowadzić do praw fizyjologicznych, tém bezpieczniéj będziemy się mogli posługiwać temi czynnikami w rachunku prawdopodobieństwa rozpoznawczego.

A więc całkowite ogarnięcie wiadomości anatomo-fizyjologicznych jest najważniejszym warunkiem, powiedziałbym, kartą legitymacyjną, uprawniającą do pracowania w sali chorych. Dla tego tę najlotniejszą część składową mózgu adepta lekarskiego należy ciągle odświeżać i uzupełniać. Kto się w te wiadomości dobrze uzbroił, będzie mógł z wzrastającém ciągle zajęciem tłumaczyć sobie objawy ciała chorego na podstawie praw ustroju zdrowego. Każde ważniejsze doświadczenie fizyjologii pogłębia nasze pojęcia o chorobowych procesach i ich objawach. Z drugiéj zaś strony dyjagnostyka narzuca fizyjologii coraz to nowsze pytania, przyczyniając się nierzadko sama do zadowalającego rozwiązania zagadnień fizyjologicznych. Pod tym względem przedewszystkiém téj tu klinice należy się główna zasługa, a mianowicie Traubemu i jego uczniom.

Gdyby ktoś chciał utrzymywać, że dyjagnostyka jest wykończoną budową, to odnosiłoby się to do stopnia jego wymogów względem własnych zdobyczy. Jednakże nawet i niekuszący się o dopięcie ideału *suprema tentari* w zakresie dyjagnostyki musiałby przyznać, że jakkolwiek dyjagnostyka dawna jest do pewnego stopnia zaokrągloną, to przecież, co do nowszéj, zaledwie podwaliny budują się przed naszemi oczyma. Co najwięcéj moglibyśmy za wykończoną uważać dyjagnostykę opierającą się na zjawiskach odgłosu, ciepła, obrazów wziernikowych i najprostszych fizycznych własności narządów.

Natomiast ta dyjagnostyka, która bada pasorzytnicze bodźce chorobowe i, co za tém idzie, samą istotę choroby stara się uczynić objawem, spoczywa tak samo jeszcze w pieluchach, jak dyjagnostyka zaburzeń w przemianie materyi, jak dzieje niektórych produktów téjże przemiany, od których wiele objawów zależy. I aby tylko dwie zdobycze téj nowéj dyjagnostyki wymienić, jakiegoż znaczenia nabrały np. spiryle Obermeiera w porównaniu z mierzeniem ciepłoty, prątki gruźlicze w obec objawów akustycznych!

Oto nieliczne przypadki, w których jesteśmy uprawnieni mówić o cechujących objawach chorobowych, w których jeden objaw jednę pewną chorobę wskazuje. A i tu nie należy zapominać, że utwory te w pewnych okresach duru powrotnego i gruźlicy nie zawsze wykazać się dają. Również i tu nie wolno nam chorego identyfikować z pewną określoną chorobą. Wszakżeż jeden i ten sam człowiek może być żywicielem prątków kilku chorób zakaźnych.

Co do anatomicznéj części zboczeń, które były przedmiotem rozpoznania, to sekcyje umożliwiają nam ocenienie, do jakiego stopnia zbliżyliśmy się w rozpoznaniu do prawdy. Nie zaniedbujcie Panowie przy każdéj sposobności wpajać w siebie najwięcéj, ile być może, obrazów patologo-anatomicznych. Bez sekcyj popada lekarz w dyjagnostykę złudzeń. Nie masz nic trudniejszego, ale też zarazem niezbędniejszego, jak uświadomienie sobie własnych błędów i niedostatków. Największa część błędów rozpoznawczych pochodzi nie z omyłek w wnioskowaniu, lecz z niedokładności badania. Przeświadczenie, jakiego czasem nabywamy, że cały gmach naszéj wiedzy przeplatany jest gęsto lukami, nie powinno nas ubezwładniać ale raczéj zachęcić do rozszerzenia zakresu naszych zadań.

Dla zboczeń czysto czynnościowych posiadamy jedno kryteryjum w ocenianiu słuszności naszych przypuszczeń. Jest niém skrzętna, ciągła obserwacyja. Nię rzadko tu pod naciskiem nowowystępujących faktów rozszerzamy swoje poglądy lub dawne zmieniamy. Ktoby téj plastycznéj zdolności umysłu nie posiadał, mógłby się stać szkodliwym w swoim zawodzie. Kiedyindziej za to spotka nas przyjemność potwierdzenia naszego zapatrywania, o którém nas pouczy skuteczność stosowanego leczenia. Im prostsze i jaśniejsze były podstawy, im dokładniéj znane działanie użytych środków, tém pewniejsze to potwierdzenie zapatrywania lekarza.

Wiedza jest potęgą. Każdy jéj nabytek zbliży nas prędzéj czy późniéj do osiągnięcia celów leczniczych. Za naszych dni dążności lecznicze znowu się bardziéj na plan pierwszy wysunęły. Ujawnił się w tém humanitarny i praktyczny duch czasu. Słusznie wymaga praktyka od wielkich pracowni, które stawia naukom lekarskim, rezultatów dających się zużytkować leczniczo. Bodźcem był ów potężny rozkwit terapii chirurgicznéj, a pewien stopień rozwoju anatomii patologicznéj i dyjagnostyki dał odpowiednie punkty oparcia. Obrady zjazdów i potęga prasy stworzyły grunt, w którym łatwiéj i szybciéj dojrzewa sąd o nowych pomysłach leczniczych.

Zapytajcie jednak, co dotąd osiągnęła terapija, a odpowiedź, wyznajmy, wypadnie dość skromną. Do dziś dnia nie możemy powiedzieć, aby te przeróżne szkoły i systemata, które w biegu lat opanowywały naukę lekarską, wywarły jakikolwiek wpływ na średnie trwanie ludzkiego życia. Z tém wszystkiém musimy przyznać, że ciągły wzrost otaczających nas szkodliwości zaciera korzystne wyniki zwalczania poszczególnych czynników chorobotwórczych. Ciągłe wzmaganie się potrzeby pracy i szybkie zużywanie życia stwarzają bezustannie nowy zastęp niebezpieczeństw, w obec których nikną wyniki ze zwalczania pojedyńczych chorób.

Korzystniéj przedstawi nam się rezultat, jeżeli zapytamy się o wyniki zapobiegania i zwalczania pojedynczych chorób. Już samo ustępowanie ospy w krajach cywilizowanych od czasu zaprowadzenia szczepienia wywarło pewien wpływ na ogólną śmiertelność. Gdyby armija nasza bez szczepienia wyruszyła była na pole walki, byłaby zdziesiątkowaną przez ospę.

Na mniejszą skalę osiągnęliśmy coś podobnego przez ograniczenie zakażenia włośniami za pomocą kontroli mięsa. Uwidoczniło się to głównie w Turyngii i Saksonii, gdzie dawniéj panowały epidemije choroby trychinowéj.

Niemniéj i w statystyce śmiertelności pojedyńczych chorób ostro uwydatnia się wpływ leczenia. I tak przed kilku dziesiątkami lat jeszcze uchodziła gruźlica za nieuleczny nowotwór stojący na równi z rakiem, w obec durów i zapalenia płuc zajmowano stanowisko wyczekujące, t. j. za najlepszą metodę uważano spokojne przypatrywanie się. Dziś, dzięki zasadom zaprowadzonym przez Brehmera, wychodzi rok rocznie z zakładów klimatycznych pewna ilość wyleczonych suchotników. W tym samym szpitalu, który przed 30 laty tracił 30% swoich tyfusowych, obserwowałem zniżkę śmiertelności do 8%. Niekiedy wynik hydroterapii Branda przedstawia się jeszcze korzystniéj.

Wreszcie strata czasu roboczego, którą szczególnie w obec chorych ubogich w szpitalu powinniśmy starać się zmniejszyć o ile możności, strata ta stała się o wiele mniejszą. Dla świerzbowatych lub chorych na tasiemca wynosi ona dziś zaledwie tyle godzin ile dni przedtém. Nie zapominajmy o tém, że każdy chory jest biedakiem, przynajmniéj co do czasu roboczego i przyjemności życia i że ma prawo do naszéj litości, współczucia i względności.

Jakież są tedy sprężyny i myśli przewodnie, któremi powoduje się dzisiejsza terapija?

Zapobiegać chorobom, to zadanie o wiele wyższe, niżeli je leczyć. W zakresie familii jestto jeden z najpiękniejszych celów domowego lekarza, w zakresie działalności gmin jedna z najwdzięczniejszych robót w pieczy około dobra ludu. Epidemije cholery dały impuls do dzisiejszych badań higijenicznych, które już w ciągu kilku dziesiątków lat stały się słusznie przedmiotem osobnéj nauki. Nieraz w tym postępie zwracamy się na drogi utorowane już przez starożytny klasycyzm, które późniejsze wieki barbarzyństwa zasypały rumowiskiem ciemnoty. Komuż dzisiejsze nasze wymagania od higijeny publicznéj nie przywiodą na myśl wodociągów i publicznych łaźni starego Rzymu, nie przypomną gimnastyki Greków? A jednak my dziś daléj idziemy, oczyszczamy grunt miast, śledzimy wpływ pokarmów, mieszkań i ubrania na powstawanie chorób. Każdy lekarz winien przyłożyć ręki do tego dzieła, nie wyłączając lekarza szpitalnego. Obowiązkiem ostatniego jest to nawet wtedy, choćby szpital był jedynie zakładem leczniczym, a do rozsiewania chorób infekcyjnych nie przyczynił się wcale.

Znakomity punkt oparcia w nowszych dążnościach leczniczych znajdujemy w doświadczeniach na zwierzętach. Nigdzie też nie mamy do tego większego, a często zaprzeczanego, uprawnienia, jak na tém polu. Cały zastęp najróżnorodniejszych stanów chorobowych w ten tylko sposób da się dowolnie wywołać i porównać z działaniem leków. Któżby nowoodkrytych trucizn, a większa część działających środków jest zarazem truciznami, któżby ich próbował na człowieku, nie zbadawszy poprzód praw ich działania i ich wartości na zwierzęciu. I rzeczywiście wszystkie dzielniejsze nowe środki, w które nas zaopatrzyła chemija, przeszły najpierw przez ciało zwierząt.

Podobnie jak niewiara i zabobon na polu terapii zawsze z sobą toczyły zapasy, niedowiarstwo posunięte do nihilizmu panoszyło się po katedrach, z drugiéj zaś strony zabobon wnikał nietylko do najciemniejszych warstw ludu, tak też i wbrew najwymowniejszym faktom odmawiano z jednéj strony wszelkiéj wartości doświadczeniom na zwierzętach, z drugiéj wyśrubowywano je do jedynego kryteryjum leczniczéj wartości. Co prawda wypadałoby co najmniéj uwzględniać nierówność działania u rozmaitych gatunków zwierząt i nie spuszczać z oka tych czynności ustroju ludzkiego, których brak zwierzętom. Można z zakładów doświadczalnych wysyłać pomysły dla farmakologii ludzkiéj, ale obserwacyi przy łóżku chorego należy się głos decydujący.

Doświadczenia Billrotha i O. Webera na zwierzętach wyjaśniły genezę i nauczyły nas zapobiegać zakażeniu przyrannemu. Z metody Listera wyłoniła się nowoczesna chirurgija, nie wzdragająca się przed otwarciem żadnéj jamy ciała, przykładająca nóż do najżywotniejszych narządów, chirurgija mówiąca: „jeżeli cię gorszy twoja nerka lub odźwiernik, to ci je wyjmiemy i wyrzucimy“. Medycyna wewnętrzna straciła na korzyść nowszéj chirurgii część swojego obszaru bądź chwilowo, bądź na zawsze i dziś jeszcze traci jeden obszar po drugim, niemniéj jednak zawdzięcza jéj potężny impuls. Wzięto się raźniéj do leczenia, z świeżą energiją rozpoczęto pracę na wszystkich polach, era smętnego, bezwładnego przypatrywania się skończyła się, a w wielu razach udało się zasady i środki chirurgii zastosować do leczenia chorób wewnętrznych. Skutkiem tego umożliwiono w wyższym stopniu lokalne leczenie chorób wewnętrznych, myśl, którą już dawniéj wielu światłych lekarzy podnosiło. Tak wróciła do dawnych praw zasada operacyjnego leczenia wysięków opłucnowych, w starożytności już uprawiana i z każdą nową erą dyjagnostyki, jak Laënneca i Skody, wznawiana bez powodzenia. Prąd elektryczny góruje w terapii chorób nerwowych, choroby jamy nosowéj, krtani, tchawicy i żołądka stały się przystępne dla bezpośredniego leczenia i w ten sposób oswobodziły się z ślepego despotyzmu flaszki aptekarskiéj. Wiele jest jeszcze do zdziałania na tém polu. Przed oczyma naszemi rozwijają się coraz nowsze gałęzie. Im raźniéj wszyscy lekarze zapoznają się z temi miejscowemi metodami leczenia, tém łatwiéj zapobieżemy temu wyzwoleniu się bocznych latorośli od wspólnego pnia nauki lekarskiéj. We wszystkich tych metodach należy ćwiczyć się w klinice, tu należy je stosować, a Panowie winniście się niemi w praktyce biegle posługiwać.

Jeżeli z umiejscowiającego prądu dyjagnostyki wyłoniła się metoda miejscowego leczenia chorób wewnętrznych, to na odwrót głębszy pogląd na sprawy przemiany materyi naprowadził na drogę przeciwną, t. j. leczenia wielu ogólnych i miejscowych chorób za pomocą czynników ogólnych, jak sposób żywienia, ćwiczenia cielesne, miesienie i kąpiele. A dwie te przeciwne metody nie wykluczają się bynajmniéj nawzajem, ale raczéj uzupełniają się i nietylko każda z osobna jest uprawnioną, ale często obie równo jednocześnie uprawnione.

Potężny wpływ na terapiję wywarły wyniki poszukiwań chemicznych. Wiele materyjałów surowych stało się zbytecznemi, chemija bowiem wydobyła z nich czynniki działające i oddała do użytku lekarza. O ile większém jest znaczenie alkaloidu od surowego przetworu, okazało się

w ostatnich czasach znowu na liściach koki i kokainie. W alkaloidach poznaliśmy czynniki stale działające, pozwalające zatém na podwyższanie dawek. Zapisujemy więc w formie prostszéj, bezwzględnie biorąc, mniéj, a przecie ze względu na części działające więcéj. Waga dziesiętna pozwala na miejsce odpisywanych formułek łatwo i w najprostszéj formie zapisywać pełne dawki. Ileżto nowych środków podała nam chemija, środków, które jak wodnik chloralu, jodoform i kwas salicylowy stały się dziś już niemal niezbędnemi! Ileż to użytecznych związków ukrywa się w tych tysiącznych kombinacyjach grup atomowych, które chemicy prawie dowolnie składają! Jak pięknie dało się wytłumaczyć działanie dawno znanych wytworów surowych! Nie lekceważcie nic w terapii, dla tego tylko, że jest starém. Z kolei rzeczy lepiéj uzasadnione wychodzi nieraz na powierzchnię to, co opadło na dno jedynie pod ciężarem naszéj niewiedzy.

Mimo znacznego wzbogacenia skarbca leków, zmniejszyła się liczba używanych środków. Podczas gdy pierwsza farmakopeja niemiecka zawierała 883, liczy druga 591 środków. Ograniczenie liczby i uproszczenie leków daje rękojmię lepszego zastosowania. Jeżeli już jesteśmy zmuszeni stosować surowce ze świata roślinnego, to przy równéj skuteczności zasługują krajowe na pierwszeństwo, ponieważ łatwiéj tu osiągnąć warunki największéj skuteczności. Temuto zawdzięcza *Filix mas*, że zdołało wyprzeć *Kousso* i *Radix Granati*.

Do najpiękniejszych nabytków chemii dla sztuki lekarskiéj należy fakt przedstawienia nowych grup atomowych dla celów lecznictwa. W jak świetny sposób rozwiązano to zagadnienie, okazują dzieje surogatów chininu, które osiągły szczyt swój w znalezieniu antipyrynu, najulubieńszego dziś środka zarówno przez chorych jak lekarzy.

O wielu środkach lekarskich możemy powiedzieć, na jakie narządy, ba nawet na jakie grupy komórek działają. Co do niektórych świta już pojęcie, jaki to związek chemiczny z pewnemi drobinami tkanek pośredniczy w ich działaniu. Każdy dzień rodzi myśl nową, rzuca nowe zagadnienia.

Każda klinika powinna badać, a badając osiągać jak najdokładniejsze wyniki. Do tego służą liczby. Ale jakże trudno tu nietylko zachować ale i ważyć, a choćby tylko równe ilości porównywać i uniknąć tego faryzeuszowstwa naukowego, które siebie i świat łudzi. Wielkie liczby powiększają tylko błędy swego źródła. Drobne liczby mają ważne zadanie w terapii, jednakże liczyć się z niemi wtedy tylko wolno, jeśli w jak najsumienniejszy sposób zostały otrzymane i roztrząśnięte. Wszędzie winniśmy się starać ujmować wyniki w liczby, posługiwać się jednak niemi wolno tylko w razie ich zupełnéj wiarogodności. Szczególnie ostrożnie należy używać pojęcia „wyleczenie". Możemy wiele chorób doprowadzić do stanu, który w oczach publiczności będzie uchodził za wyleczenie, wspomnijmy tylko o wadzie serca lub kile. Trudniéj przedstawia się jeszcze obraz tam, gdzie chodzi o punkt wyjścia w tak częstych powikłaniach kilku chorób, z pośród których musimy wyosobnić pierwotną i najważniejszą. Zresztą nasz system chorób to tylko sztuczna pułka, któréj szufladki ciągle bywają zmieniane i przekształcane bez nadziei całkowitego zbliżenia się do nieskończonéj rozmaitości rzeczywistości.

Metoda liczebna daje faktom stałą podstawę, daje nam wiedzę zaczerpniętą z doświadczenia, że rzeczy tak a nie inaczéj się mają. Ponad liczbową istnieje jeszcze inna wiedza, wiedza pojęciowa; to nas poucza, dla czego rzeczy tak a nie inaczéj się mają i sprowadza fakty do praw przyrody.

Przeróżne są zadania, do których opracowania klinika jest powołaną. Ale na wszystkich tych rozlicznych drogach wiedza pojęciowa jest tą gwiazdą, która jéj wskazuje właściwy kierunek. Nie spuszczajmy jéj z oka, a uda nam się wziąść udział skuteczny w téj pracy, aby medycynę z prostego zbioru udowodnionych faktów podnieść do poziomu nauk przyrodniczych. *(D. med. Ztg.*, 1885, Nr. 90). *Sroczyński.*

Najnowsze poglądy na etyjologiję zapalenia wsierdzia wrzodziejącego. Streścił Dr. Otto.

Kwestyja etyjologii zapalenia wrzodziejącego wsierdzia, nad którą się w ostatnim lat dziesiątku tylokrotnie zastanawiano, przyszła znów w ostatnim czasie na porządek dzienny. Na zgromadzeniu niemieckich lekarzy w Strasburgu poruszył prof. Orth z Getyngi kilka ważnych pytań etyjologicznych, starając się na nie odpowiedzieć na podstawie przypadków przez siebie obserwowanych. Pierwszém pytaniem było, czy wszystkie przypadki ostrego zapalenia zastawek polegają na rozwoju swoistych grzybków.

W żadnym z przypadków zapalenia wsierdzia ostrego z wybujałościami, które O. badał drobnowidowo, nie znalazł grzybków; w dwóch z tych przypadków, w których próbował hodować grzybki i na téj drodze nie mógł wykazać dodatnich rezultatów. Tu jednak uwzględnić należy, że liczba przypadków była zanadto szczupłą, aby ten wynik podnieść do ogólnéj zasady dla wszystkich przypadków zapalenia z wybujałościami i można z niego wyciągnąć ten wniosek, że o ile dotąd znanemi sposobami wykazać można, nie wszystkie ostre zapalenia zastawek dadzą się odnieść do drobnowidowych tworów grzybkowéj przyrody a zwłaszcza nie wszystkie zapalenia ostre połączone z wybujałościami.

Drugie ważne pytanie, które zajmowało Ortha, było, czy grzybki wywołujące zapalenie wrzodziejące wsierdzia są zawsze jednego rodzaju, czy też różne rodzaje grzybków mogą wywoływać tę chorobę?

Ponieważ szczupła liczba świeżych przypadków, nie dozwalała dokładnego wyobrażenia; bo zaledwie w jednym z nich mógł stwierdzić obecność grzybka *Staphylococcus pyogenes aureus* równie w samych zastawkach jak i ogniskach przerzutowych, przeto starał się drogą doświadczenia dojść do pewniejszych wyników.

Wiadomo, że jak to Wysokowicz wykazał, króliki nie dostają zapalenia zastawek, jeżeli im się wstrzykuje grzybki jakiegokolwiek rodzaju. Z drugiéj strony według Rosenbacha znoszą one bardzo dobrze wszelkie uszkodzenia zastawek przynajmniéj o tyle, że po nich nigdy nie występuje zapalenie wsierdzia. To ostatnie stwierdził także O. Po przebiciu zastawki aorty od tętnicy głowowéj prawéj nie można było wykazać ani zapalenia wsierdzia ani nawet złogów skrzepów, lecz inny obraz przedstawiał się, jeżeli równocześnie z takiém przebiciem wstrzyknięto pewne drobnowidowe ustroje do żyły szyjnéj; zarówno w skrzepach na zastawkach jak i w ogniskach przyrzutowych można było stwierdzić grzybki tego samego rodzaju a naokoło nich naciek komórkowy zapalny i martwicę tkanki otaczającéj. Nie ulega więc żadnéj wątpliwości, że można u królików wywołać zapalenie wsierdzia grzybkowe z typowemi zmianami, jeżeli tylko zastawka jest do tego dysponowana przez poprzednie uszkodzenie, choćby bardzo lekkiego stopnia. A jeżeli już grzybki raz znalazły dla siebie korzystną glebę, wtedy osadzały się także w miejscach niestojących w żadnym związku z miejscem uszkodzoném.

Lecz nie wszystkie grzybki mają skłonność do osadzania się na zastawkach; O. nie mógł wywołać zapalenia wsierdzia wstrzykując *micrococcus tetragonus*, *pneumococcus* i prątki gnilne, natomiast otrzymał dodatne wyniki za pomocą *staphylococcus* i *streptococcus*. Objawy były także różne, według tego, który z tych rodzajów wstrzykniętym został i tak np. *streptococcus* mnożył się bardzo silnie miejscowo, tworząc mało tylko ognisk przerzutowych, przeciwnie *staphylococcus* można było tylko w małéj ilości znaleźć na zastawkach i ścianach naczyń, ale za to tworzył on liczne ropnie w organach wewnętrznych. Jeżeli się wynik tych doświadczeń odniesie do człowieka, to można z góry przypuszczać, że różnym formom zapalenia wsierdzia ostrego odpowiadają odmienne przyczyny a dokładniejsze badania mogłyby lepiéj określić różnicę tych form tak co do zmian na zastawkach jak i rozszerzenia przyrody ognisk przerzutowych.

Weichselbaum, który robił w ostatnim roku podobne jak Orth doświadczenia, potwierdza wyniki tego ostatniego, upatrując pewną analogiję między ostrém zapaleniem wsierdzia a ostrém zapaleniem szpiku kostnego o tyle, że do wywołania obu tych chorób nie wystarcza samo wstrzyknięcie istot chorobotwórczych, lecz musi poprzedzić uszkodzenie odpowiedniego miejsca, np. dla zapalenia szpiku podskórne uszkodzenie kości. W. podnosi daléj tę okoliczność, że grzybki, wywołujące zapalenie wsierdzia wrzodziejące, są co do swéj przyrody prawie identyczne z grzybkami, które się znajdują wśród zapaleń ostrych różnych narządów połączonych z naciekami podskórnemi i ropnicą, a w obec tego nie może nikogo dziwić, jeżeli wśród spraw ropnicowych napotykamy nierzadko i zapalenie wrzodziejące wsierdzia. Lecz w przeciwieństwie do Ortha znalazł W. także w przypadku zapalenia wsierdzia z wybujałościami przez siebie badanym grzybek podobny zupełnie do *streptococcus pyogenes*. Rozumie się, że jak z odosobnionych ujemnych wyników, tak i z tego dodatniego nie można wyprowadzać żadnych ogólnych wniosków. Zresztą przedewszystkiém chodzi tu o to, ażeby można badać we wczesnym okresie choroby, bo pasorzyty po pewnym czasie mogą zginąć.

Nie da się jednak zaprzeczyć, że i zapalenie ostre wsierdzia z wybujałościami *(endocarditis verrucosa)* może być przyrody pasorzytniczéj; bo najpierw wielu już autorów wykazało w téj chorobie grzybki, a powtóre występuje ona bardzo często w towarzystwie chorób notorycznie pasorzytniczych. Nie tylko w ostrém zapaleniu stawów, ale także i w ostrych osutkach, ropnicy, durze spostrzegano tę formę zapalenia wsierdzia. W najnowszym czasie znalazł ją Kundrat nawet w przypadku gruźlicy.

Z tego wszystkiego wynika, że dotąd nie można na pewno twierdzić, że wszystkie przypadki zapalenia wsierdzia z wybujałościami polegają na rozwoju pasorzytów, dopóki tego przypuszczenia nie będzie można oprzeć na większéj ilości przypadków; natomiast nie ulega żadnéj wątpliwości, że przypadki zapalenia wrzodziejącego zawdzięczają swój początek rozwojowi pewnych grzybków. (*Wien. med. Presse*, Nr. 41. *Wien. med. Woch.* Nr. 41, 1885).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne Tow. lek. krak. z d. 24 czerwca 1885 r.

Przewodniczący kol. Rosner. Członków obecnych 20.
Gość Dr. Erlicki z Petersburga.

1) Dalsza dyskusyja nad antipyrynem, w któréj zabierają głos koll. Wiczkowski i Gluziński, poczém kol. Warschauer oświadcza, iż należy się wszelkie uznanie kol. Wiczkowskiemu za troskliwie przeprowadzoną pracę nad antipyrynem z uwzględnieniem jego wpływu na przemianę materyi. Przekonał się w licznych przypadkach, że środek ten stanowczo i stale obniża ciepłotę o $^1/_2$—2 stopni, że jednak trafiają się osoby nieznoszące go z przyczyny swéj szczególnotkliwości, zdradzającéj się rumieniem skóry ze świądem, nudnościami, wymiotami, rozwolnieniem, obfitemi potami a nawet zapadem. U pewnéj panienki z durem jelitowym, śród podawania antipyrynu, prócz tylko co wspomnianych przypadów, powstało cierpienie rdzenia pacierzowego i mózgu z zejściem śmiertelném. Trudno utrzymywać, że w tym razie nastąpiła śmierć z przyczyny antipyrynu, lecz w każdym przypadku podobna okoliczność winna obudzać ostrożność co do stosowania jakiegokolwiek nieobojętnego leku. To też zgadza się ze zdaniem kol. Gluzińskiego, iż obecnie trzeźwiejsze panuje przekonanie względem leczenia przeciwgorączkowego, przeświadczono się bowiem, że zbyt hojnie szafowano tą metodą, że stosowano chinin dla obniżenia ciepłoty bez względu, czy towarzyszyła ona zapaleniu płuc, lub innego narządu, czy téż durowi jelitowemu albo osutkowemu. Dziś Nothnagel i inni nauczają, że antipyretycznie tylko wtedy postępować należy, gdy wysoka ciepłota trwa przez czas dłuższy, że w chorobach z torem cyklicznym jak zapalenie płuc, gdzie gorączka tylko przez dni kilka się utrzymuje, nie zachodzi potrzeba uciekania się do środków antipyretycznych. Zato w durze brzusznym, gdzie gorączka ciągnie się długo, stosować je należy, pomimo że obawa ostrego stłuszczenia mięśnia sercowego jest przesadzoną, a skoro udowodnioném zostało, iż mimo obniżenia ciepłoty, miejscowe zmiany chorobowe trwają daléj. — Jak rozliczne panowały zapatrywania co do leczenia chorób zapalnych, pozwala sobie kol. W. przytoczyć, iż przed 20 przeszło laty Dr. Vogt uważał za zadanie przedewszystkiém obniżać ciepłotę ciała. Zalecał więc nastój ciemierzycy, naparstnicę, chinin, aż przekonano się że aczkolwiek osiągają one cel głównie zamierzony, to jednak nie skracają saméj choroby, sprowadzają zaś często wymioty i zapad niekiedy w wysokim stopniu. W krakowskiéj klinice około r. 1840 za śp. Brodowicza nie rozróżniano duru jelitowego od wysypkowego, leczenie zaś rozpoczynano od środka wymiotnego, poczém podawano przeciwzapalne lub obojętne sole a więc odwary z korzenia ślazowego, perzu z solą Glaubera 10.0:200.00, w bólu głowy przystawiano pijawki do nozdrzy, okłady zimne na głowę, w szale durzycowym, który onego czasu wydarzał się często między 6—7 dniem choroby, stawiano pijawki na skroniach, upuszczano krwi, lub w najcięższych przypadkach golono głowę i stawiano bańki nasiekiwane. Byłoto leczenie bardzo energiczne, prawie srogie, lecz usuwało przypady mózgowe. W drugim tygodniu w okresie nerwowym podawano środki pobudzające jak arnikę, kozłek, wężownicę, kamforę, piżmo, obmywania wodą z octem całego ciała — w porze zdrowienia posilne rosoły, wino, odwar z kory chinowéj. W Niemczech gdzie odróżniano dury, ulubionym lekiem w jelitowym była woda chlorowa. Francuzi zaś podawali siarczyk rtęciowy; Anglicy wyskok. W Szwecyi główny nacisk kładziono na wentylacyję i czyste chłodne powietrze. Bańki nasiekiwane na żywot, oblewania głowy zimną wodą, jodek potasu, kalomel, oto arsenał środków przez różnych z różnym używanych skutkiem. A właśnie ta chwiejność w sądzie, to chwytanie się co raz to innych metod, zdaje się dowodzić, że akty leczenia chorób gorączkowych nie są zamknięte, dość położyć nacisk na dur. — Cecha chorób panujących bywa rozmaitą i wyciska właściwe piętno na chorobie tak co do przebiegu, jak i rozlicznych objawów.—Zdaniem Kol. Bossowskiego twierdzenie przeciwników antipyrezy polegające na têm, że w wysokich ciepłotach mikroorganizmy nie znajdują dla siebie warunków bytu, ostać się nie może w obec wyników hodowli sztucznych, które właśnie zazwyczaj udają się w ciepłotach między 37° a 40° C. położonych. Błędném téż jest twierdzenie Pasteura, iż ptaki skutkiem wysokiéj ciepłoty krwi nie podlegają działaniu jadu wąglikowego, bo tenże w téj ciepłocie w rozwoju swoim upośledzony zostaje. Ciepłota 42° C. nie tamuje jeszcze wzrostu prątków wąglikowych a ptaki pomimo swéj wysokiéj ciepłoty, jak to wykazali doświadczeniami Oemler i Huber, bynajmniéj nie cieszą się odpornością w obec jadu wąglika. — Inaczéj ma się z prątkami wąglika, jeżeli weźmiemy pod uwagę ciepłoty wyższe od 42° C., z któremi atoli nie spotykamy się u ludzi. Siła bowiem zakaźna tych

prątków hodowanych ponad 42° C. słabnie tak, że jakkolwiek pozornie wydają się niezmienne, otrzymujemy przecież odmienne formy, które przestają być zabójcze dla zwierząt wyższego ustroju jak owiec, królików i świnek morskich, u myszy jednak sprowadzają śmierć. Żadnego zaś dowodu nie może przedstawiać doświadczenie Heidenreicha, na które powołuje się kol. Głuziński, jeżeli badacz ów obserwując żyjące mikroorganizmy pod mikroskopem, widział żywszy ruch tychże przy niższych ciepłotach, który słabł w miarę podnoszenia tychże. Przecież nie wolno na podstawie tak pojedyńczego doświadczenia wysnuwać warunków ogólnych co do warunków życia pasorzytów śród chorób gorączkowych napotykanych. — Kol. Mikulicz czyni uwagę, że skoro obniży się ciepłotę u ptaka, to przez to samo robi go się mniéj odpornym na szkodliwości, bo już taki organizm nie jest normalnym.

2) Kol. Bossowski okazał gonokoki Neissera, które otrzymał bezpośrednio z ropy tryprowéj, oraz pod drobnowidem odpowiednie im organizmy. *Dr. Dobruchowski.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Z nadesłanego nam sprawozdania sejmowego departamentu V Wydziału krajowego wyjmujemy nasamprzód ustęp odnoszący się do sprawy budowy klinik, a przedewszystkiém kliniki chirurgicznéj:

„Stosownie do życzenia Ministerstwa oświecenia, aby zarząd ekonomiczny klinik był połączony z zarządem szpitala św. Łazarza, delegowaliśmy do Krakowa Członka Wydziału krajowego Dra Hoszarda dla porozumienia się z delegatem Rządu, jakotéż i kierownikami klinik lekarskich Wszechnicy Jagiellońskiéj.

Według decyzyi c. k. Ministerstwa w najbliższéj przyszłości miała być budowaną klinika chirurgiczna na gruncie przed pawilonem obłąkanych od ul. Kopernika. Reszta zaś klinik ma stanąć na Blichu, a zakład patologiczno-anatomiczny od Grzegórzek. Jakkolwiek Wysoki Sejm upoważnił nas do odstąpienia tylko dwóch placów, wchodząc jednak w ducha uchwał sejmowych i intencyi jego delegat nasz nie robił żadnych trudności, w przekonaniu, że Wysoki Sejm i to ustępstwo zatwierdzić raczy.

W ogóle wszystkie przemówienia, oświadczenia i zobowiązania delegata naszego, niemniéj warunki przez niego stawiane, a przez Wydział krajowy przyjęte, były napiętnowane życzliwością dla Wszechnicy Jagiellońskiéj, a względnie dla klinik, i dążyły do tego, aby wybudowanie klinik na gruncie szpitalnym umożliwić i przyspieszyć, nie spuszczając jednak z oka względów na dobro szpitala i na oszczędzenie funduszu krajowego.

Delegat nasz oświadczył: 1) Że ani obecnie, ani kiedykolwiek Wydział krajowy nie mógłby objąć administracyi klinik, dopóki one się nie znajdują w obejściu szpitalném, a to z powodu kosztowności takiéj odrębnéj administracyi. 2) Że uznając korzyść i potrzebę oddziałów rezerwowych dla klinik, Wydział krajowy musi odmówić żądaniu delegata rządowego, aby w obecnych lokalnościach szpitalnych odstąpiono pewną ilość sal do użytku przyszłych klinik, dla braku sal potrzebnych do tego i wielkiego przepełnienia szpitala. 3) Że nie możemy się także zgodzić, aby dla zmniejszenia kosztów utrzymania przyszłych klinik wydzielono z każdéj kliniki pewną ilość łóżek, jako oddział rezerwowy, i żeby takowe oddziały przyjęto pod administracyję szpitalną jako oddziały szpitalne, z profesorami klinicznymi jak prymaryjuszami, gdyż pod względem administracyi i rozrachowania kosztów byłato niedogodna komplikacyja, tém bardziéj niepotrzebna, że zbytecznym kosztom zapobiedz można, jeżeli profesorowie kliniczni, na pewnéj części kliniki, ordynować będą według normy szpitalnéj, a nie klinicznéj. 4) Że jeszcze przed rozpoczęciem budowy klinik wszystkie budynki szpitalne znajdujące się na obranych pod budowę klinik miejscach będą przeniesione kosztem skarbu Państwa na miejsca przez zarząd szpitalny wskazane, i że zarząd szpitalny podjąłby się przestawienia tych budynków za kwotę ryczałtową, za wspólném porozumieniem. 5) Że ani fundusz szpitalny ani fundusz krajowy przez administracyję klinik nie będzie narażony na większe wydatki, aniżeli stosunkowo do liczby chorych klinicznych obecnie ponosi. 6) Że kliniki zostaną oddane szpitalowi zupełnie umontowane, t. j. zaopatrzone w całkowity inwentarz szpitalny, który zarząd szpitala na rachunek funduszu Państwa uzupełniać obowiązuje się. 7) Że wszystkie adaptacyje i rozszerzenia ubikacyj szpitalnych, które w skutek objęcia administracyi klinik w zarząd szpitala okażą się potrzebne, będą dokonane kosztem funduszu państwowego. 8) Nareszcie, aby zapobiedz wszelkim nieporozumieniom na przyszłość, omówiono sposób prowadzenia rachunków w grubszych zarysach, stosunek profesorów klinicznych do Dyrektora i zarządu szpitala, a także stosunek Sióstr Miłosierdzia i służby.

Delegat Rządu poruszył sporny stosunek kliniki położniczéj, żądając stanowczego przyznania, że ta klinika po jéj przeniesieniu na grunt szpitalny, jako integralna część szpitalna, całkowicie przejdzie na koszt funduszu szpitalnego. Ponieważ umowa z roku 1868 jako niewykonalna zastąpioną została dotąd obowiązującém prowizoryjum i wykonanie jéj obciążyłoby w przyszłości budżet szpitalny znaczną kwotą, delegat nasz oświadczył, że skoro kliniki będą w obrębie szpitala, fundusz krajowy będzie płacić nie zwykłą taksę szpitalną (63 ct.), lecz rzeczywisty wydatek na chorego w szpitalu, po odtrąceniu wydatków, które mają wprawdzie wpływ na koszta leczenia w szpitalu, jednak nie mogą mieć wpływu na koszta leczenia w klinice (72 ct.), pod warunkiem, że klinika położnicza, po jéj wybudowaniu na gruncie szpitalnym, administrowaną będzie przez zarząd szpitala pod temi samemi warunkami jak inne kliniki, a dopóki to nie nastąpi, ma obowiązywać teraźniejsze prowizoryjum.

Jak teraz rzeczy stoją, rozchodzi się tylko o budowę kliniki chirurgicznéj, a budowę reszty klinik c. k. Ministerstwo odkłada do czasu przyszłego.

Gdybyśmy przyjęli administracyę teraźniejszych klinik pod swój zarząd, to nie ulega żadnéj wątpliwości, że nowe kliniki nie będą budowane. Dla tego téż delegat nasz usuwał wszystko, coby mogło zaszkodzić budowie kliniki choćby w przyszłości.

Na późniejsze zapytanie c. k. Namiestnictwa, czy postawienie kliniki chirurgicznéj na gruncie Morgensterna, położonym naprzeciwko szpitala św. Łazarza, z drugiéj strony ul. Kopernika i bezpośrednio przy téj ulicy, nie natrafi na jakie objekcyje ze strony naszéj pod względem objęcia téj kliniki w zarząd Dyrekcyi szpitala pod warunkami umówionemi, odpowiedzieliśmy, że z powodu bliskości miejscowości téj od szpitala zgodzilibyśmy się na administracyję jéj, dodając jednak jeszcze raz, że według naszego przekonania najlepszém miejscem na wszystkie kliniki, jak pod względem administracyi i gospodarstwa, tak téż i dla dogodności uczniów krakowskiéj Wszechnicy, byłaby ta część ogrodu szpitalnego, która wychodzi na Grzegórzki.“

Statystyka epidemij. W tygodniu od 1—7 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 34,3. Z odry umarło 4 (4 z. t.); z płonicy 2 (1 z. t.); z błonicy 2 (0 z. t.), z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 11 przypadkach odry, 5 płonicy, 2 krztuśca, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 25—31 października umarło z ospy: w Warszawie 4, w Wiedniu 17, w Budapeszcie 8, w Pradze 10, w Rzymie 2, w Paryżu 8, w Londynie 4, w Odesie 2. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 2. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 6. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 37; z róży w Londynie 7; z odry: w Bremie 10, w Królewcu 16, w Paryżu i w Londynie po 23. Z cholery umarło od 22—27 października w Hiszpanii 102, zachorowało 259.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 25—31 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,0; w Warszawie 24.9; w Poznaniu 30,0; w Budapeszcie 22,9; w Pradze 29,6; w Wiedniu 21,5; w Tryjeście 22,5; w Berlinie 27,9; we Wrocławiu 31,7; w Gdańsku 28,2; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Amsterdamie 20,6; w Bazylei 18,9; w Brukseli 18,3; w Chrystyjanii 24,8; w Genewie 14,1; w Kopenhadze 13,7; w Londynie 17,5; w Odesie 33,4; w Paryżu 20,5; w Petersburgu 22,3; w Rzymie 22,4; w Stokholmie 20,3; w Zurychu 20,3.

J. B.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 19 listopada. Doszedł nas 6ty tom dzieła *„Index-catalogue of the library of the Surgeon-General's Office*

United States Army, Washington 1885, wydawanego przez niezmordowanego Dra J. S. Billingsa, chirurga w armii amerykańskiéj. Tom niniejszy godne zajmuje miejsce obok poprzednich: cechuje go ta sama mrówcza pracowitość autora, dokładność do najwyższego stopnia posunięta, druk i papier idealnie dobre. Na 1051 stronnic in 4to mieści się 35.290 nagłówków prac oryginalnych umieszczonych w pismach peryjodycznych, 14.590 tytułów książek i broszur osobnych, itd., począwszy od wyrazu *Heat* aż do wyrazu *Insensibility*. Winszować tylko wypada Amerykanom téj pilności, gorliwości i zasobów pieniężnych, potrzebnych na nakład dzieła, którém w sposób nader szczodry obdarowują zakłady i redakcyje.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego prof. Mikulicz miał wykład o nowéj metodzie operacyi wola; dla spóźnionéj pory dyskusyję nad tym ważnym przedmiotem odłożono do przyszłego posiedzenia.

* W skutek szczegółowego zapytania Ministerstwo sprawiedliwości orzekło, że lekarzom sądowym do rozprawy głównéj wezwanym przyznać wypada należytość za cały dzień, jeżeli rozprawa trwa po za godzinę południową.

* Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie przysporzy jeszcze w ciągu tego roku literaturze polskiéj dwa dzieła: Hygijena szkół, dzieło pośmiertne Dra Żulińskiego, wydane staraniem Doc. Dra Grabowskiego jest już wydrukowane w większéj połowie a równocześnie rozpoczął się druk Wykładów o chorobach dróg moczowych prof. Dra Obalińskiego. Członkowie Wydawnictwa otrzymają więc z końcem roku dwa dzieła jako premija bezpłatne za rok 1884 i 1885.

* *Mytilus edulis*, omułek jadalny, *Essbare Miessmuschel* stanowczo zadał kłam swéj nazwie. W Wilhelmshaven zdarzył się przypadek otrucia większéj liczby ludzi, którzy muszle te spożywali. Poszukiwania zrobione zaraz na miejscu przez fizyka Dra Schmidtmanna potwierdzone zostały w Berlinie przez Virchowa. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że małże te zawierają alkaloid lotny, który szybko wywołuje śmierć śród objawów do otrucia kurarą podobnych, a otrucie następuje nie tylko po wprowadzeniu do żołądka, ale i po zastrzyknięciu podskórném wyciągu wyskokowego lub wodnego. Badanie bakteryjologiczne pozostało bez rezultatu.

* Jeden ze sądów pruskich skazał morfinistkę, która receptę lekarza, opiewającą na 1·20 morfinu, sfałszowala zamieniając cyfrę na 6·20 z wykrzyknikiem, za sfałszowanie aktu urzędowego na 10 dni aresztu. (*W. med. Woch.*)

* **Budapeszt.** Zanosi się coraz bardziéj na utworzenie trzeciego uniwersytetu w Węgrzech, a mianowicie w Szegedynie.

* **Paryż.** Drowie Nicati i Rietsch wykryli w hodowlach czystych lasecznika przecinkowego ptomain ciekły, mocno trujący; ptomain ten zdołali także otrzymać ze krwi i wątroby w 2 godziny po śmierci ludzi chorych na cholerę a zmarłych nagle w okresie zamartwiczym.

* **Nekrologija.** D. 10 bm. umarł w Kołomyi Dr. Jan Maryjan Karpiński w 55 roku życia.

W Paryżu umarł znany powszechnie nakładca dzieł lekarskich J. B. Baillerè, w Londynie zaś fizyjolog Carpenter licząc lat 73.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 46: Trzebickiego: (z kliniki prof. Mikulicza w Krakowie): Przyczynek do operacyj dokonywanych na pęcherzu moczowym (c. d.); Biegańskiego: Przyczynek do etyjologii odmy piersiowéj. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 46: Brünera: Przyczynek do nauki o nerwicach serca; Florkiewicza: Dwa przypadki promienicy (*aktinomycosis*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Szanownych Członków i Prenumeratorów **Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie**, którzy zalegają jeszcze z opłatą prenumeraty, upraszam uprzejmie o rychłe przesłanie takowéj na ręce podskarbiego Doc. Dra K. Grabowskiego.

Kraków d. 16 Listopada 1885. *Prof. Dr. Korczyński.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 28 listopada 1885. № 48. Rok XXIV.

I. O resekcyi wola wraz z uwagami o następstwach całkowitego wyłuszczenia gruczołu tarczykowego.

Napisał J. Mikulicz w Krakowie.

Akta tak zwanéj *cachexia strumipriva* czyli charlactwa Kochera nie są obecnie jeszcze zamknięte; nietylko że nie mamy dobitnego wytłumaczenia całego tego zjawiska, lecz nadto i o tém wiele jeszcze można rozprawiać, czy we wszystkich przypadkach istnieje związek przyczynowy między całkowitém wyłuszczeniem gruczołu tarczykowego a tą chorobą następową. Mimo to nie można nie uwzględniać wcale, jak to Maas czyni, spostrzeżeń, które Kocher, Réverdin, Juillard, Baumgärtner, Bruns i Gussenbauer poczynili. Liczba ogłoszonych dotychczas przypadków charlactwa Kochera doszła do 36, wszystkie tyczą się tylko całkowitego wyłuszczenia, nadto mogę dołączyć i ja z własnego spostrzeżenia jeszcze jeden przypadek.

Inne jednak jeszcze następstwa całkowitego wyłuszczenia gruczołu tarczykowego przemawiają stanowczo przeciw téj operacyi. Mianowicie najpierw tężyczka (*tetania*). N. Weiss mógł przed 2 laty zestawić 13 przypadków téj choroby pojawiającéj się po wyż wspomnianéj operacyi, a z moich 7 chorych, u których cały wól wyłuszczyłem, 4 na nią zapadło. Jakkolwiek tężyczka sprowadziła śmierć według statystyki Liebrechta tylko 3 razy po całkowitém wyłuszczeniu wola, to jednak jest ona zawsze ciężką nerwicą, która chorego i jego otoczenie nieraz całemi miesiącami trapi.

Jako trzecią chorobę następową, pojawiającą się po całkowitém wyłuszczeniu wola, o ile wiem, po raz pierwszy spostrzeganą, przytaczam kurcze epileptyczne, które w jednym z moich przypadków na pewne zostały stwierdzone, chora bowiem była obserwowaną przez dwa miesiące w klinice wewnętrznéj, w drugim zaś z wszelkiém prawdopodobieństwem przypuścić je można. Trzeci przypadek widział kolega prof. Obaliński.

Czwartém następstwem całkowitego wyłuszczenia wola stanowczo przemawiającém przeciw téj operacyi są porażenia mięśni krtaniowych. Zaburzenie to może wprawdzie i po połowiczém wyłuszczeniu wola wystąpić, o wiele jednak częściéj i w znacznie groźniejszéj postaci zdarza się po całkowitém wyłuszczeniu. Z zestawienia statystycznego podanego świeżo przez Jankowskiego (*Deutsche Ztschrft. f. Chir.* XXII, 164) wynika, że porażenia mięśni krtaniowych występują po całkowitém wyłuszczeniu prawie 4 razy częściéj niż po częściowém i że z ciężkich, trwałych porażeń mięśni głosowych i oddechowych krtani przypada prawie $^9/_{10}$ części na wyłuszczenie całkowite. Wszystko to wystarcza zupełnie, aby usprawiedliwić stanowcze *veto* przeciw całkowitemu wyłuszczeniu gruczołu tarczykowego.

Jakże jednak w przyszłości mamy się zachować w obec przypadków, w których mimo to usunięcie obu polów wola wydaje się być koniecznem? Nie odmawiając słuszności i korzyści wnioskom podanym w téj sprawie przez innych operatorów, pozwolę sobie przedstawić tutaj metodę, którą z dobrym wynikiem w 8 przypadkach zastosowałem i którą dla odróżnienia od typowego jedno- lub obustronnego wyłuszczenia nazywać będą resekcyją wola. Najlepiéj postępowanie to uwidoczni się na następującym przypadku, w którym przed 1½ rokiem po raz pierwszy metodę tę zastósowałem. U 16-letniego parobka K. M., cierpiącego znaczną duszność i chrypkę, mocno spłaszczona tchawica była tak ku przodowi wypartą przez oba płaty wola wielkości pięści, iż ją przez skórę jako wąską listewkę wyczuć było można. Rozpocząłem operacyję 19 maja 1884 z zamiarem wyłuszczenia w typowy sposób lewego większego płatu, a w nadziei, że prawy płat będę mógł pozostawić. W ciągu operacyi przekonałem się jednak, że ten ostatni częściowo pod mostkiem leżał i że sam przez się był dla chorego niebezpiecznym. Zamiast i tu wykonać typowe wyłuszczenie resekowałem ten płat w następujący sposób: Najpierw odosobniłem go w zwykły sposób, o ile to było możebném, drogą tępą; broczące

mniejsze naczynia podwiązałem podwójnie katgutem. Daléj podwiązałem w typowy sposób przy górnym rogu tętnicę i żyłę tarczykową górną jak również i powierzchowne naczynia ciągnące się do dolnego rogu. Teraz oddzieliłem za pomocą krótkich cięć nożyczkami mocno przyczepiony płat od przedniéj, względnie bocznéj powierzchni tchawicy, nie zachodziłem jednak zbytnio ku tyłowi, aby nie wejść w niebezpieczne sąsiedztwo z nerwem wstecznym. Ostatecznie cały wól wisiał tylko w szczelinie między tchawicą a przełykiem w tém miejscu, które nerw wsteczny i tętnicę tarczykową dalszą ukrywa. Z wiszącą tą częścią, wnęką gruczołu, postąpiłem sobie jak z grubą szypułką jajnikową. Już nieraz przekonałem się podczas podwiązywania przesmyku gruczołu tarczykowego, że miąższ tegoż jest bardzo odporny na wszelkiego rodzaju bodźce mechaniczne; spostrzeżenie to skłoniło mnie do przypuszczenia, że i w miąższu samego gruczołu szereg podwiązek *en masse* da się założyć. Podczas gdy asystent uciskał z boku naczynia wchodzące do wnęki, rozdzieliłem wzdłuż „szypułkę“ za pomocą tępych nożyczek na kilka części, każdą z tychże chwyciłem w silną *pince hémostatique* a w bruzdy w ten sposób utworzone założyłem podwiązki katgutowe. Teraz dopiero odosobnioną całą masę wola odciąłem nożyczkami pozostawiając za podwiązką kawałki 5 do 10mm. długie. *Pinces hémostatiques* wygniatały w miejscu przylegania zupełnie miąższ gruczołowy, tak że w bruzdach podwiązkowych tylko podścielisko łącznotkankowe i naczynia pozostały. W skutek tego utworzyły się tak głębokie bruzdy, że podwiązki katgutowe można było założyć z największą łatwością i pewnością. Z kawałków podwiązanych ani kropla krwi nie wyszła, tylko między podwiązkami sączyła się tu i owdzie krew, mały ten jednak krwotok za pomocą okłucia bardzo łatwo dał się utamować. Pozostała część gruczołu ściągnęła się w guz wielkości kasztana, który ułożył się w szczelinie między tchawicą a przełykiem. Ani tętnica tarczykowa dolna, ani nerw wsteczny nie były w ten sposób odsłonięte.

Dalszy przebieg był zupełnie prosty. Rana zagoiła się *per primam* a chory po 10 dniach wyszedł uleczony do domu. Oddech był wolny, głos wprawdzie słaby ale czysty, więzadła głosowe nienaruszone. Po 4 miesiącach przedstawił się chory znowu. Oddechanie odbywało się bez najmniejszych trudności, głos czysty i silniejszy aniżeli przy wyjściu chorego z kliniki, szyja smukła bez śladu jakiegokolwiek nabrzmienia. Według doniesienia z października t. r. (17 miesięcy po operacyi) stan zdrowia operowanego jest zupełnie zadowalającym.

W wyż opisany sposób wykonałem jeszcze 7 razy resekcyję wola. Cztery razy wyłuszczyłem jak w przypadku pierwszym najpierw jednę połowę wola, a dopiero gdy się okazała potrzeba usunięcia i drugiéj, resekowałem takową. W jednym przypadku było wól powikłany z chorobą Basedowa, resekowałem obie połowy. W 2 ostatnich przypadkach resekowałem tylko po jednéj stronie płat wolem zajęty, podczas gdy drugiego niepowiększonego wcale nie ruszałem. Założenie podwiązek *en masse* dało się w każdym przypadku bez znacznych trudności uskutecznić, a nawet w przypadku powikłanym z chorobą Basedowa wól bardzo bogaty w naczynia można było bez żadnych przeszkód resekować. Przebieg gojenia się rany był we wszystkich 8u przypadkach prawidłowy, 6 razy nastąpił zupełny rychłozrost, raz było lekkie powierzchowne ropienie w dolnym kącie rany, raz zaś zrzekłem się już przy operacyi rychłozrostu i wytamponowałem całą ranę gazą jodoformową, ponieważ w ciągu operacyi musiałem tracheotomiję wykonać. I w tym przypadku zgoiła się rana aseptycznie *per secundam*.

Kawałki podwiązane nie wywoływały w żadnym przypadku najmniejszéj reakcyi; wgajały się zupełnie aseptycznie. W żadnym przypadku głos na niekorzyść się nie zmienił; w 4 zaś przypadkach można było nawet stwierdzić widoczne oczyszczenie się dawniéj ochrypłego głosu. We wszystkich przypadkach trudności w oddechaniu zupełnie znikły. W przypadku z chorobą Basedowa (i tu także operowałem z powodu ucisku wywartego przez wól na tchawicę), ustąpiły nadto szybko objawy téj choroby. W żadnym z 6 pierwszych przypadków (czas spostrzegania 4 do 17 miesięcy) nie wystąpiły po operacyi ogólne zaburzenia.

Liczba moich przypadków jest jeszcze bez wątpienia za małą, a czas obserwacyi za krótki, aby można twierdzić, że resekcyja wola we wszystkich przypadkach zasługuje na pierwszeństwo przed typowém wyłuszczeniem jednéj lub obu połów gruczołu. Dotychczasowe jednak wyniki są tak pomyślne, że mogę resekcyję do dalszych doświadczeń polecić zwłaszcza w przypadkach, w których usunięcie obu połów gruczołu wydaje się być wskazaném. Opisany powyżéj sposób operowania zdaje mi się również najlepiéj odpowiadać rozmaitym teoryjom o znaczeniu gruczołu tarczykowego i o przyczynach powstawania chorób następowych po całkowitém wyłuszczeniu. Kto w gruczole tarczykowym widzi ważny narząd dla życia — czy to uważając go za przyrząd regulacyjny dla krążenia mózgowego, czy to za narząd krew wytwarzający, czy to domyślając się jakiejś niezbędnéj wydzieliny tego gruczołu, albo wreszcie sądząc, że jakieś ważne włókna współczulne w nim się znajdują — dla tego pozostaje kawał gruczołu mogący daléj czynności swe sprawować. Kto zaś dopatruje się następstw całkowitego wyłuszczenia w zranieniu nerwów leżących za gruczołem, — a do nich i nerw wsteczny musimy zaliczyć, — ten unika najpewniéj tego niebezpieczeństwa postępując drogą powyżéj wskazaną.

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

XXV.

Przepuklina uwięźnięta. Śmierć z zapalenia otrzewny. Szczególne usposobienie cielesne.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

Paranka D., mężatka, lat 45 licząca, w niedzielę d. 14 września pobitą została przez męża swego, poczém się żaliła, że ma żebro złamane, jednak we środę d. 17 września według zeznania świadka kopała jeszcze ziemniaki; we czwartek d. 18go września po raz drugi przez męża kopniętą została w brzuch, poczém czuła się słabszą; wreszcie d. 19go września w piątek po raz trzeci pobita przez męża pojechała do Sądu najbliższego, jednak wtedy według zeznania świadków była już tak słabą, że musiano ją na wóz włożyć. Tego samego dnia z polecenia Sądu zbadaną została przez chirurga X., który przypatrzywszy się tylko twarzy, na któréj znalazł sińce, uznał obrażenie za lekkie. Powróciwszy ze Sądu żaliła się przez sobotę na ból w żołądku, brak stolca i wymioty, a śród tych objawów umarła w niedzielę d. 21 września.

Sekcyja sądowa, wykonana d. 23 września przez Dra A. i chirurga X., wykazała co następuje:

Oględziny zewnętrzne: 1) Zwłoki kobiety wzrostu średniego dobrze zbudowanéj, średnio odżywionéj, lat około 45 liczącéj. 2) Za prawém uchem widzimy siniec wielkości centa za życia powstały, barwy blado sinawéj. 3) Powieka górna i dolna prawego oka koloru ciemno fijoletowego zabarwienia przechodzi na brzegach w kolor zielonkowaty, skóra na przecięciu okazuje skrzepłą krew. Odpowiednio zewnętrznemu brzegowi prawego oczodołu widzimy skórę w długości 1cm. i 2mm. szerokości pokrytą brunatnym strupkiem. 4) Powieka górna i dolna oka lewego w znacznéj części fioletowo zabarwiona, na przecięciu skrzep krwi w tkance łącznéj wykazująca. 5) Odpowiednio prawéj stronie żuchwy policzek obrzmiały sinawo zabarwiony, w tkance łącznéj znajdujemy skrzep krwi. Oprócz wymienionych nie dostrzegamy żadnych oznak gwałtu. Ogólne powłoki blade okazują na częściach obwisłych liczne ciemno-zielone i czerwonawe plamy pośmiertne.

Oględziny wewnętrzne: 6) Części miękkie czaszkę pokrywające nie okazują prócz podbiegnienia krwi za prawém uchem żadnych nieprawidłowości. Czaszka okrągława, kości czaszkowe, około 6mm. grube, nie naruszone, prawidłowe. 7) Opony twarde miernie naprężone, blada, lśniąca, zawiera w zatokach mierną ilość skrzepów krwi. Opony miękkie prawidłowe delikatne. Istota mózgu zwykłéj twardości, na przecięciu okazuje mierną ilość krwawych punkcików, ośrodki nerwowe prawidłowe, jamy mózgowe tożsamo. Podstawa czaszki nienadwerężona. 8) Na szyi nie widać żadnych śladów uszkodzenia, w krtani żadnych ciał obcych, błona śluzowa téjże prawidłowa. 9) Po otwarciu klatki piersiowéj okazują się mięśnie międzyżebrowe między 4, 5, 6 a 7 żebrem lewém skrzepłą krwią przesiąknięte, czwarte żebro lewe okazuje się przy badaniu złamaném w odległości 1cm. od połączenia z chrząstką żebrową, piąte żebro lewe złamane w odległości 3cm., 6te zaś lewe żebro w odległości 2cm. od chrząstki żebrowéj. 10) Przepona piersiowa w miejscu, gdzie takowa na żebrach się osadza, krwią przesiąkła. 11) Lewe płuco w górnéj swéj części przyrosłe do błony żebrowéj blademi błonami, miękkie w całéj swéj rozciągłości za przecięciem trzeszczące, wydzielające znaczną ilość spienionéj czerwonawéj cieczy. 12) Płuco prawe wolne, miękkie, na przecięciu trzeszczące, znaczną ilość cieczy czerwonawéj wydzielające. 13) W worku sercowym około 30gr. czerwonawéj czystéj cieczy, serce prawidłowéj wielkości i zabarwienia, zastawki tętnicze i żylne prawidłowe. 14) Przy otwarciu jamy brzusznéj widzimy jelita znacznie rozdęte. 15) Wątroba prawidłowéj wielkości nie okazuje żadnych zmian chorobowych. Tożsamo śledziona. 16) Żołądek rozdęty zawiera cokolwiek płynnéj miazgi pokarmowéj, błona śluzowa prawidłowa. 17) Przy badaniu jelit cienkich spostrzegamy, że jeden zwój jelit w okolicy pachwinowéj okazuje nieprawidłowe ciemno-czerwone plamy w rozciągłości około 20cm. Otrzewna odpowiednio tym plamom pokryta jest warstewką włóknikowéj wydzieliny, naczynia jéj, jakotéż i naczynia jelita w tém miejscu przekrwione. Część jelita wielkości włoskiego orzecha uwięźnięta w kanale pachwinowym prawym w ten sposób, że bez otwarcia kanału wyjąć się nie daje. Część uwięźnięta jelita przedstawia się mocno zaczerwienioną, obrzmiałą. Uwięźnięcie jest tego rodzaju, że jelito stało się zupełnie niedrożném. W części wyżéj leżącéj jelita cienkie zawierają płynną miazgę, ich błona śluzowa jest prawidłowa. Część poniżéj uwięźnięcia leżąca jelit cienkich i jelita grube prawie próżne. Kanał pachwinowy jest szerokości palca wskazującego, brzegi kanału i dno wyścielone otrzewną ciemno-czerwone. 18) Nerki prawidłowe, tożsamo organa płciowe wewnętrzne i zewnętrzne. Pęcherz zawiera cokolwiek moczu, błona śluzowa tegoż prawidłowa. 19) W jamie brzusznéj około ćwierć litra czerwonawéj czystéj cieczy.

Orzeczenie. 1. Paranka D. zmarła w skutek uwięźnięcia i niedrożności jelita i następnego zapalenia otrzewny. Uwięźnięcie to powstało prawdopodobnie w skutek ugniecenia brzucha kolanami i kwalifikuje się jako takie ciężkie obrażenie ciała, które w swym przebiegu stało się śmiertelném, a to z powodu nieudzielonéj odpowiedniéj pomocy lekarskiéj, t. j. operacyi.

2. Opisane pod l. 9 uszkodzenie przedstawia się jako złamanie 4, 5 i 6 żebra lewego, powstałe w skutek ugniecenia ciałem twardém o szerokiéj powierzchni, jakoto kolanem i kwalifikuje się jako ciężkie uszkodzenie ciała, gdyż takie uszkodzenia żeber bez nadwerężenia błony żebrowéj i płuc są zazwyczaj wyleczalne.

3. Opisane pod l. 2, 3, 4 i 5 uszkodzenia powstały w skutek uderzeń narzędziem tępém, twardém i kwalifikują się jako lekkie obrażenia ciała.

Do rozprawy przed trybunałem przysięgłych Sąd zawezwał jako znawców Drów D. i E., z których pierwszy oświadczył co następuje:

Podbiegnięcia między 4, 5, 6 a 7 żebrem świadczą, że w te miejsca zadane było uderzenie silne, złamanie jednak żeber uważa jako uszkodzenie lekkie, albowiem w tym przypadku są pojedyncze żebra złamane, a złamanie tychże jest bez powikłania ze zranieniem części miękkich lub opłucny. Spostrzeżono następnie rozdęcie jelit cienkich i uwięźnięcie jelita cienkiego w pachwinie prawéj. Zauważać należy, że uwięźnięcie może powstać samoistnie albo mechanicznie, w skutek skoknięcia, upadnięcia, uderzenia i gniecenia. Czy w obecnym przypadku przepuklina powstała samoistnie, lub w skutek urazu zewnętrznego, stanowczo powiedzieć nie można, albowiem protokół nie wspomina nic o pachwinie lewéj. W przepuklinie znaleziono jelito wielkości orzecha włoskiego, obrzmiałe, zaczerwienione, co wskazuje na stan zapalny. Zapalenie jelita i otrzewny, jakkolwiek te uszkodzenia same przez się są ciężkie, to jednak w protokóle nie tak są przedstawione, jakoby uszkodzenia te śmiercią zakończyć się musiały; śmierć powstaje wtedy, jeżeli zapalenie przeszło już w gangrenę, czego jednak nie było. Nie mogę więc orzec stanowczo, czy to zapalenie otrzewny i części jelita było przyczyną właściwą śmierci. Słabość bowiem po uwięźnięciu trwa 4—6 dni, nim śmierć następuje.

Na szczególne pytanie podaje, że jest to niemożebném, żeby przepuklina uwięźnięta od jednéj niedzieli do drugiéj istniała, a chora badana przez lekarza nie wskazała tego miejsca, albowiem ból w przepuklinie jest bardzo dotkliwy.

Według zeznań świadków Paranka D. na kilka dni przed śmiercią nie miała stolca; w obec zatwardzenia powstanie przepukliny jest możebne, jak również możebném jest, że denatka cierpiała na miserere.

Znawca drugi podaje jak pierwszy, z tym dodatkiem, że powód śmierci jest mu niewiadomym i że zmiany w kiszce od niedzieli a nawet od piątku powinny być inne.

W skutek sprzecznych zdań pp. znawców odroczono rozprawę a Sąd przesłał akta Wydziałowi lekarskiemu żądając wyjaśnienia przyczyny śmierci Paranki D.

Orzeczenie Wydziału opiewało:

1. Nie ulega wątpliwości, że Paranka D. umarła z za-

palenia otrzewny, które wystąpiło jako następstwo uwięźnienia jelita. Za tém przemawiają objawy chorobowe za życia spostrzeżone oraz wynik sekcyi sądowéj.

2. Trudno pojąć, dla czego żaden ze znawców nie wywiadywał się, czy Paranka D. miała poprzednio przepuklinę pachwinową, zaczém przemawiać się zdaje przestronność przewodu pachwinowego prawego. Rzeczą jest jasną, że w takim razie nierównie łatwiéj przyjść mogło do uwięźnięcia. Z drugiéj strony atoli przypuścić należy, że jeżeli Paranka poprzednio przepukliny nie miała, do niéj była usposobioną, a pod wpływem pobicia w brzuch a nawet prostego szamotania się przyjść mogło i to odrazu do przepukliny uwięźniętéj.

3. Jakkolwiek Paranka już od kilku dni miała 3 żebra złamane, mimo to rozchorowała się ciężko dopiero 19 września w piątek; nie ulega więc wątpliwości, że zapalenie otrzewny, które śmierć jéj sprowadziło, rozpoczęło się w piątek a co najwięcéj we czwartek.

4. Należy więc przypuścić związek przyczynowy pomiędzy śmiercią Paranki D. a obrażeniem, którego doznała w brzuch krótko przed śmiercią, a tém samém obrażenie to uznać należy za przyczynę śmierci.

5. Z uwagi atoli na okoliczność w ustępie 2gim przytoczoną dodać wypada, że obrażenie to stało się śmiertelném w przypadku niniejszym tylko z powodu szczególnego usposobienia Paranki D.

6. Złamanie 3 żeber powstało w niedzielę d. 14 września i stanowi ciężkie uszkodzenie cielesne, które byłoby pociągnęło za sobą chorobę przynajmniéj dni 20 trwającą.

W przypadku tym zaszły dwa błędy w dochodzeniu, dla których powstały wątpliwości, niezupełnie usunąć się dające. Nasamprzód pierwszy znawca badając kobietę obrażoną i ciężko już chorą ograniczył się do obejrzenia jéj twarzy, przezco uszło jego uwagi złamanie 3 żeber, które niewątpliwie wtedy istniało, oraz uwięźnienie jelita, które wtedy najprawdopodobniéj już wykryćby się dało. Gdyby badanie było wyczerpującém, lekarz przez spieszne odsełanie choréj do szpitala, jeżeli sam nie mógł lub niechciał ręki przyłożyć, możeby życie jéj ocalił; w każdym zaś razie mógłby sprawdzić, czy chora cierpiała dawniéj na przepuklinę. Drugim błędem było, że żaden ze znawców i późniéj nie starał się téj okoliczności sprawdzić, a obducenci nie zbadali nawet kanału pachwinowego lewego celem porównania go z przestronnym kanałem prawym. A jednak okoliczność ta była w przypadku niniejszym jądrem całéj kwestyi. Wątpliwość bowiem, wyrażona przez pp. znawców drugich, czy zapalenie otrzewny było przyczyną śmierci i czy uwięźnięcie jelita może tak szybko pociągnąć za sobą śmierć, była przesadzoną, a przeciwnie nie ulegało żadnéj wątpliwości, że zapalenie otrzewny, w skutek uwięźnięcia powstałe, było przyczyną śmierci Paranki D.

Natomiast rozchodziło się o to, jakim sposobem powstało uwięźnięcie jelita, a zarazem o to, czy Paranka D. miała już poprzednio przepuklinę lub nie, a więc czy skutkiem pobicia w brzuch nastąpiło uwięźnięcie istniejącéj już przepukliny, lub téż czy skutkiem tego urazu powstała dopiero przepuklina, która odrazu została uwięźniętą. Ze stanowiska praktycznego pytanie to o tyle miało znaczenie, o ile sprawdziwszy przepuklinę oddawna istniejącą lub przynajmniéj przypuszczając usposobienie do niéj, można oświadczyć się za owém „szczególném usposobieniem ciała“ osoby obrażonéj, które Sąd obowiązany jest policzyć na korzyść obwinionego jako okoliczność winę łagodzącą. Ze stanowiska zaś teoretycznego, naukowego, ważném jest to pytanie dla tego, ponieważ dotychczas nie jest jeszcze rzeczą stanowczo pewną, czy w ogóle skutkiem urazu może powstać przepuklina, któréj poprzednio nie było. Choć za daleko może posunął się Roser twierdząc, że „kto od urodzenia nie posiada przepukliny, nie nabędzie jéj nigdy“, — i choćbyśmy zgodzili się na zdanie większości chirurgów, że w wyjątkowych przypadkach przepuklina powstać może skutkiem urazu, a nawet że odrazu powstać może uwięźnięcie, to przecież na to wszyscy się zgadzają, że przepuklina nie powstaje nagle u osoby prawidłowo zbudowanéj, chyba jeżeli już istnieje worek przepuklinowy, jeżeli więc osoba do przepukliny jest usposobioną. Dla tego więc w każdym podobnym przypadku sprawdzanie, czy przepuklina już istniała poprzednio lub nie, jest koniecznie wskazane, już to przez wywiady, jużtéżto przez skrupulatne badanie osoby żyjącéj, a tém bardziéj zmarłéj. Wprawdzie na wywiadach nie zawsze polegać można, bo pomijając okoliczność, że obrażeni często przesadzają szkodę, którą ponieśli i niechcą się przyznać do tego, że przed obrażeniem już mieli przepuklinę, to liczyć się należy także z faktem, że wielu ludzi, nawet z lepszych warstw społeczeństwa, przez lat wiele chodzi z przepukliną nie domyślając się jéj wcale, a dopiero przy sposobności zwracają lub mają sobie na nią zwróconą uwagę, zwłaszcza, jeżeli ona skutkiem urazu nagle się powiększa lub sprawia dolegliwości. Mimo to znawca powinien starać się o ile może o wyświecenie prawdy; w przypadku niniejszym atoli nic pod tym względem nie zrobiono, a Wydział trzymając się zasady powyżéj wyłuszczonéj musiał przypuścić usposobienie Paranki D. do przepukliny, a tém samém owo szczególne usposobienie ciała.

Wreszcie zachodziła także niezgodność pomiędzy znawcami co do kwalifikacyi złamania 3 żeber. Polegając na doświadczeniu lekarskiém możemy wprawdzie uznać złamanie jednego żebra niczém nie powikłane za lekkie uszkodzenie cielesne, ale złamanie 3 żeber już dla tego uznać wypada za ciężkie uszkodzenie, ponieważ trudno spodziewać się, aby człowiek z takiém obrażeniem był zdolnym do pracy przed upływem dni 20, a choćbyśmy nawet to przypuścili, co zresztą byłoby możebném, to i tak drogą porównania z innemi obrażeniami, które ustawa karna wylicza jako ciężkie, na podstawie ostatniéj cechy § 152 k. k. musielibyśmy dojść do tego samego wniosku [1]).

III. Z pracowni chemii lekarskiéj prof. Dra Stopczańskiego i z oddziału chorób wewnętrznych prof. Dra Pareńskiego.

Doświadczenia nad antipyrynem, jako środkiem przeciwgorączkowym z uwzgędnieniem jego wpływu na przemianę materyi.

Podał Dr. Józef Wiczkowski,
asystent zakładu chemii lekarskiéj.
(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

Na zasadzie przytoczonych doświadczeń pozwalam sobie wysnuć następujące wnioski:

1. Antipyryn podany wewnętrznie chorym gorączkującym obniża gorączkę, a wraz z nią

[1]) Na przypadku niniejszym kończy się pierwsza seryja orzeczeń. *Redakcyja.*

zwalnia przemianę materyi: gdyż obniżeniu się wysokiéj ciepłoty towarzyszyło zmniejszenie się tak ilości mocznika, jako też ilości azotu wydzielanego drogą moczu.

2. W czasie obniżenia się gorączki zwiększa się w moczu ilość kwasu siarkowego połączonego z ciałami aromatycznemi kosztem kwasu siarkowego połączonego z potasowcami.

3. W czasie apyreksyi sprowadzonéj podaniem antipyrynu ilość chlorku sodu w moczu pozostaje silnie zmniejszoną nawet po wprowadzeniu podostatkiem soli kuchennéj.

4. Czy wreszcie antipyryn wpływa na skrócenie przebiegu chorób gorączkowych, o tém wspomnę jeszcze późniéj.

Wniosek pierwszy oparłem na licznych (39) doświadczeniach przytoczonych powyżéj. W czterech zaś innych przypadkach ilość mocznika, jako też azotu w moczu zwiększyła się śród podawania antipyrynu. Przyczyna téj niezgodności z powyższém twierdzeniem okaże się przy bliższém rozpatrzeniu tablic, przedstawiających graficznie przebieg ciepłoty, tętna itd. chorych pod IV, VI i IX. Mimo forsownego podawania im antipyrynu ciepłota dochodząca do 40° i 41° C. albo wcale się nie obniżała, albo tylko mało co, i to na krótki przeciąg czasu. Dla dokładnego obrazu przemiany materyi w czasie obniżenia się ciepłoty skutkiem działania antipyrynu winien chory pozostać w stanie bezgorączkowym albo przez całą dobę, lub przynajmniéj przez większą jéj część, jeżeli oznaczenie ilości mocznika i azotu w moczu ma być wyrazem dla téj przemiany. Gdy obniżenie się ciepłoty w tych przypadkach trwało tylko przez kilka godzin na dobę, to wpływ tego obniżenia nie mógł się uwydatnić zmniejszeniem się ilości mocznika i azotu, przeciwnie jest nawet usprawiedliwione wykazane zwiększenie się ilości tych składników. Inny był powód zwiększenia się azotu w moczu chorego w przypadku VIII, u którego po użyciu antipyrynu ciepłota spadała niżéj 38° i utrzymywała się w téj wysokości przez 24 godzin. Chory ten doznając silnego pragnienia używał znacznie większéj ilości wody, aniżeli mu używać pozwolono. Według doświadczeń Gentha (*Unters. über den Einfluss des Wassertrinkens auf den Stoffwechsel* 1856) i Moslera (*Archiv. d. Verein. für gemeinsch. Arbeit zur Förder. der wissenschaft. Heilkunde* 1858) zwiększa się ilość mocznika o 1 gr. po wprowadzeniu większéj ilości wody na każde 300 sz. cm., tém się téż tłumaczy zwiększenie się u naszego chorego ilości azotu drogą moczu wydzielonego. Sądzę, że dostatecznie wyjaśniłem przyczyny zwiększenia się ilości mocznika i azotu w moczu powyższych czterech chorych przy podawaniu antipyrynu, przez co zarazem utrwalić się starałem podstawę dla wniosku pierwszego. Śledząc wydzielanie się mocznika według linij prostych na tablicach graficznych w powyższych doświadczeniach widzimy, iż największy spadek przypada najczęściéj na pierwszy dzień podawania antipyrynu i w którym w porównaniu do następnych dni ciepłota najniżéj spadała; równocześnie występowały obfite poty. Wprawdzie tym ostatnim nie można odmówić pewnego wpływu na ilość mocznika i to o tyle, o ile od potów zależy ilość moczu, lecz z drugiéj strony trudno potami tylko wytłumaczyć sobie zmniejszenie mocznika, mimo że w tychże znajdowano mocznik, ale tylko w śladach. Zmniejszenie się ilości mocznika w dniach następnych po podaniu antipyrynu wahało się rozmaicie i nie można twierdzić, jakoby zachodził pewien stały stosunek między natężeniem ciepłoty a ilością wydzielanego mocznika. Zważając ilość mocznika i azotu wydzielanego na dobę przed i podczas podania antipyrynu, jak one powyżéj w pojedyńczych przypadkach i w graficznych tablicach są bliżéj oznaczone wypada: zmniejszenie się ilości mocznika po użyciu antipyrynu w przypadkach pod I. z 16,025 grm. na 5,384 grm., z 24,2385 grm. na 14,6823 grm. na 14,625 grm. itd.; pod II. z 29,8705 grm. na 15,8694 grm. na 24,7539 grm. itd.; pod III. z 40,2764 grm. na 9,3216 gr. na 7,1285 grm. itd; pod VII. z 36,7285 grm. na 9,9375 gr, na 20,469 grm. itd.; pod X z 17,2156 grm. na 7,159 grm.; pod XI. z 17,5595 grm. na 5,5998 grm.; a więc zmniejszenie się ilości mocznika wynosiło mniéj więcéj 3 grm. do 30 grm. na dobę. Ilość zaś mocznika wydzielanego na dobę po użyciu antipyrynu zwiększyła się w następujących przypadkach: pod V. nieznacznie tylko, bo z 3,737 grm. na 5,0183grm., daléj pod VI (biorąc średnio) z 18,109 grm. na 20,373 grm., pod IV z 15,5518 grm. na 23·742 grm. na 23,6328 grm. itd., pod VIII. z 27,5596 grm. na 40,4676 grm, na 52,4903 grm. itd. i pod IX. z 16,8332 grm. na 22,091 gr. na 21,8505 grm. itd. a więc ilość mocznika po użyciu antipyrynu zwiększała się mniéj więcéj o 2 grm. do 24 grm. — Ilość azotu otrzymanego z moczu przez spalenie zmniejszyła się po użyciu antipyrynu w przypadkach: pod I. z 9,192 grm. na 3,263 grm., II. z 18,865 grm. na 11,663 grm., III. z 22,577 grm. na 12,046 grm., VII z 22,11 gr. na 5,923 grm., X. z 9,743 grm. na 3,2158 grm. a więc mniéj więcéj o 5 grm. do 16 grm. na dobę; zwiększyła się zaś w przypadkach: pod IV. z 9,024 grm. na 13,764 grm. Müller (*Centralbl. f. klin. Medic.* 1884) w jednym przypadku po użyciu antipyrynu spostrzegł zmniejszenie się azotu w moczu z 19,6 gr. na 11,8 gr i z 23,4 gr. na 17,3 gr. Nie od rzeczy będzie przytoczyć tu cyfry autorów, którzy w tymże kierunku innych leków przeciwgorączkowych doświadczali, i tak Sassetzky (*Virchows Archiv* t. 94 zeszyt 3) zauważył po użyciu chininu zmniejszenie się ilości mocznika o 0·488 gr. do 10,884 gr., po użyciu salicylanu sodowego o 3,167 gr. do 4,989 gr.; po użyciu zimnych kąpieli miał tenże autor spostrzedz we wszystkich przypadkach zmniejszenie się o 0,979 gr. do 20,978 grm. na dobę. Większe lub mniejsze zmniejszenie się wykazywali również: Barth (*Beiträge zur Wasserbehandlung des Typhus* Dorpat 1866) i Schröder (*Deutsch. Arch. f. klin. Medic.* t. VI.) po użyciu zimnych kąpieli, jakkolwiek nie brak i eksperymentatorów, którzy po użyciu tychże samych środków (jako to: chininu, salicylanu sodowego i zimnych kąpieli) chcą wykazać zwiększenie się ilości mocznika [J. Bauer i Gwido Künstle (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* t. XXIV. i *Arbeiten aus dem medic. klin. Institute zu München* 1884)]. Z licznych doświadczeń poważnych autorów jak Traubego (*Deutsche Klinik* 1855), Hupperta (*Arch. f. Heilkunde* 1856), Brattlera (*Ein Beitrag zur Urologie im kranken Zustande* 1858), Unruha (*Arch. f. Heilkunde* t. 48), Senatora (*Untersuch. über d. fieberh. Process.* 1873), Naunyna (*Berl. klin. Wochens.* 1869. *Arch. f. Anat.-Phys.* 1870) itp. wiadomo, że zachodzi pewien stosunek między ciepłotą ustroju a przemianą materyi w tymże. Przemiana ta tycząca się istot proteinowych, białek itp. uwidocznia się w ilości mocznika i azotu z ustroju wydzielanego. Gdy więc te składniki są w mniejszéj ilości wydzielane w dniach apyreksyi sprowadzonéj jakimś środkiem przeciwgorączkowym, np. antipyrynem, aniżeli w dniach trwania wysokiéj ciepłoty, przeto

usprawiedliwionym jest wniosek, że po zastosowaniu antipyrezy utrata materyi nie następuje tak rażno, z czém niejako zaoszczędza się organizm. Jednakże nadmienionéj korzyści z obniżenia ciepłoty pochodzącéj nie można przeceniać, skoro wiadomo według doświadczeń Naunyna (*Arch. f. Anat. Phys. und wissensch. Medic.* 1870), Senatora (*Untersuch. über den fieberh. Process und seine Behandlung* 1873), Sidney-Ringera, (*Handbuch der allg. Pathol.* 1879), że nie tylko sama gorączka, ale i jad chorobowy „specyficzny" zanim jeszcze wywołuje podniesienie się ciepłoty, a zarazem tak zwaną gorączkę, już sprawia zwiększenie się ilości mocznika i azotu w moczu, a zatem zwiększenie się przemiany materyi (istot proteinowych, białek itp.) Środki przeciwgorączkowe wtedy dopiero zyskałyby bezwzględną wartość, jeżeliby zarazem posiadały swoiste, niszczące działanie na jad chorobowy. Obecna nauka dąży do doświadczania środków przeciwgorączkowych w tym ostatnim kierunku. A gdy te obok obniżenia ciepłoty wywierają wpływ korzystny na przemianę materyi, na sprawę oddychania, przyswajania i trawienia, na czynność serca, przeto tłumaczy się używanie kliniczne tych środków, chociaż ich bezwzględna wartość nie została ustaloną. O ile antipyryn na wszelkie sprawy ustroju gorączkującego korzystnie działa, starałem się wykazać; a zestawiwszy to działanie antipyrynu z działaniem innych leków przeciwgorączkowych zwykle używanych widzimy, że nie tylko im dorównywa, lecz nadto w pewnych kierunkach korzystnie się wyróżnia, że tu wspomnę tylko o możności obniżenia na dłuższy czas ciepłoty po użyciu antipyrynu. Te właściwości antipyrezy w ogóle korzystne dla ustroju gorączkującego zaważają na szali wobec pytania, czy w chorobach gorączkowych należy ciepłotę obniżać, lub też zostawić ją właściwemu przebiegowi? Przeciwnicy antipyrezy obawiają się wystąpić czynnie przeciw gorączce, temu „naturalnemu i zbawiennemu odczynowi", o którym się Sydenham wyraża: „*instrumentum naturae quo partes impuras a puris secernat*". zasłaniając się rzeczywiście stwierdzoném spostrzeżeniem Heydenreicha (*Petersburg. med. Wochenschr.* 1876), według którego spirochety Obermeiera zachowują swą żywotność najdłużéj w ciepłocie 15°—22° C, krócéj w ciepłocie 37°, a szybko tracą ją w 40°. Powodem wielu chorób gorączkowych jest dostanie się i rozwój w organizmie mikroorganizmów; nowa jednak nauka bakteryjologii nie podaje nam żadnych podstaw do przypuszczenia, jakoby równie, jak spirochety, zachowywały się i inne mikroorganizmy, natomiast o wielu gatunkach wiemy, że giną dopiero w ciepłocie 100°—150°, a jad gorączkotwórczy, którego tak często używa się do sztucznego wywołania gorączki, nie traci swéj własności nawet w ciepłocie 40°—41° C. (Finkler-Pletzer. *Archiv f. d. gesammte Physiologie* t. 29, zeszyt 3 i 4), a więc w ciepłocie działającéj zabójczo na organizm ludzki. Gdyby się nadto wykazało, że środki przeciwgorączkowe działają niszcząco na jad gorączkotwórczy, to tém samém utrwaliłaby się podstawa dla zwolenników antipyrezy.

Czy po użyciu antipyrynu przebieg choroby skraca się, trudno stanowczo orzec; wprawdzie niektóre przypadki duru (I, II, X.) trwały krócéj, niżby się spodziewać należało po ich typowym przebiegu; lecz nie ma żadnéj rękojmi, czyby i bez leku równie długo, a może i krócéj nie trwały; zwłaszcza, że np. w przypadkach zapalenia płuc dławcowego sprawa zapalna mimo obniżenia gorączki wcale nie ustępowała, lecz posuwała się daléj. Należy przy téj sposobności zwrócić uwagę na zachowanie się chlorków w moczu w czasie apyreksyi wywołanéj antipyrynem. Fakt powszechnie znany zmniejszania się chlorku sodu w moczu w chorobach gorączkowych, tak połączonych z wypociną lub bez téjże, tłumaczono już to przejściem chlorku sodu w skład wypociny, już to w razie braku wypociny połączeniem się chlorków z białkami we krwi nieulegającém rozkładowi tak długo, jak trwa wysoka gorączka; dopiero z chwilą ustania gorączki występują one drogą moczu (Röhmann *Zeitsch. f. klin. Medic.* t. I.) W kilku naszych przypadkach przekonałem się, iż w czasie obniżenia gorączki za pomocą antipyrynu, trwającego nawet przez większą część doby, zmniejszenie się chlorku sodu w moczu nie ustawało mimo nawet wprowadzenia znaczniejszéj ilości chlorku sodu.

Wreszcie ze szczególniejszym naciskiem muszę podnieść działanie antipyrynu w ostrym gośccu stawowym; działanie to bowiem było skuteczne, szybkie i bardzo widoczne, mianowicie bole znikały i obrzmienie zmniejszało się; używanie więc antipyrynu w tém cierpieniu byłoby wskazaném.

IV. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

2) Przekrwienie opon mózgowych i mózgu w obec wady sercowéj.

Franciszek Latko, chłopiec $1^3/_4$ lat liczący, przyjęty 7 grudnia 1879 z płonicą i błonicą w okresie rozwoju. Nadto wykazało badanie wypuk krótszy nad szczytem płuca prawego, oddech tamże chuchający. Na czterech głównych punktach okolicy serca, najwybitniéj jednak nad zastawką dwukończystą, w miejscu pierwszego tonu szmer przedłużony, a ton drugi zaledwo nad ujściem aorty nieco wyraźniejszy. W moczu białko, ciepłota 39·2°. W przebiegu choroby występuje otok uszny, silne rozwolnienie, zapalenie płuc i śmierć. 1 lutego 1880. Wśród całego przebiegu choroby nie uważano żadnych objawów cierpienia ośrodków nerwowych.

Sekcyja wykonana 3 lutego wykazala: *Degeneratio glandularum bronchialium caseosa sbsq. tuberculosi pulmonum, hepatis, lienis (tumores tuberculosi), renum. Pneumonia lobularis bilateralis. Infiltratio hepatis adiposa majoris gradus. Defectus partis membranaceae septi ventriculorum magnitudinis diametr.* $^1/_2$ cm. *Hyperaemia summa cerebri.* W komórkach mózgowych znajdowała się nieco większa ilość jasnéj surowicy.

Czyżby i w tym przypadku miała gruźlica coś wspólnego z przekrwieniem mózgu? Ze względu na brak zapaleń opon surowiczych nie zdaje mi się to prawdopodobném.

3) Przekrwienie opon mózgowych i mózgu w przebiegu ospy.

a) Józef Bielański, lat 11, przyjęty 9 stycznia 1881 z ospą w okresie początkowym rozwoju, w stanie przytomnym, z ciepłotą 38·6°. 11 stycznia duszność, zgrzytanie zębami, zblednienie wysypki, śmierć.

Sekcyja wykonana 12 stycznia wykazała: *Variola vera in stadio eruptionis partim floritionis. Enteritis coli ulcerosa, tumor lienis, oedema pulmonum. Hyperaemia meningum et cerebri.*

b) Maryjanna Goldfingerówna, dziewczyna 2-letnia, przyjęta 17 stycznia 1881 z ospą w okresie wysypywania. 19/1 ciepłota 37·4°. Na twarzy ospa zlewająca się. 21/1 umiera Żadnych objawów przekrwienia mózgu.

Sekcyja wykonana 21 stycznia w 8 godzin po śmierci: *Variola vera partim haemorrhagica (?) in stadio floritionis, oedema pulmonum, hyperaemia meningum et cerebri*

W obydwu przypadkach opony miękkie były drzewiasto nastrzykane, kora ciemno-sinawa wyraźnie odbijała od przekrwionéj istoty rdzeniowéj. Sploty naczyniowe znacznie przekrwione.

Ponieważ co się tyczy ospy, do znacznéj ilości materyjału sekcyjnego odwołać się możemy, ponieważ odnośne przypadki po największéj części były o wiele cięższe niż powyżéj podane, a jednakowoż tylko w tych dwóch zauważyliśmy przy sekcyi wyraźne przekrwienie opon i mózgu, chociaż u nich właśnie za życia nie zauważyliśmy żadnych objawów, któreby do tego odnieść było można, podczas gdy w innych znajdowaliśmy bezprzytomność, drganie odnóg, rzucanie się, ciągłe zgrzytanie zębami i nawet wymioty w okresie późnym, dla tego przypadki te podajemy w celu wykazania, iż rozpoznanie przekrwienia opon i mózgu w biegu chorób ostrych zakaźnych jest, naszém zdaniem, bardzo trudne.

4) W błonicy i dławcu.

a) Stanisław Samczowski, 3 lata liczący, przyjęty 29 stycznia 1879 z objawami zapalenia płuca prawego. Obwód czaszki wynosi tylko 45cm. Gałki oczne nieco wysadzone, ruchy ich bezcelowe, niestateczne, ślinienie obfite. 4/2 nie gorączkuje, 7 lutego nabywa płonicy i błonicy a 12 lutego umiera. Żadnych objawów przekrwienia mózgu, tylko zapad ogólny, bardzo nikłe tętno i duszność.

Sekcyja wykonana 13 lutego 1879. *Pneumonia catarrh. sin., dextra circumscripta lobi inferioris. Diphtheria palati mollis et isthmi faucium. Catarrhus chronic. intestini tenuis. Tumor lienis. Hyperaemia meningum et cerebri.*

b) Anna Firlicińska, dziewczyna 2-letnia, przyjęta 27 grudnia 1880 z krztuścem. 31 grudnia zapada na błonicę połyku, c. 39·1°, obrzęk gruczołów, leczenie pilokarpinem, 2 stycznia umiera.

Sekcyja wykonana 3 stycznia: *Pharyngolaryngitis crouposo-diphtherica, bronchitis et atelectasis diffusa pulmonum. Hyperaemia summa meningum et cerebri.*

c) Franciszek Fijałkowski, chłopiec 2-letni, przyjęty 4 listopada 1880 z krztuścem, zapada 6 stycznia na dławiec, i zmiera 7 stycznia w kilka godzin po dokonanéj tracheotomii.

Sekcyja wykonana 9 stycznia 1881: *Laryngitis membranacea, pneumonia lobularis praecipue dextra. Hyperaemia meningum et cerebri. Melanosis lienis partim et hepatis.*

d) Adela Kargówna, dziewczyna $3\frac{1}{2}$-letnia, przyjęta 10 grudnia 1881 z błonicą przełyku i krtani w stanie konającym.

Sekcyja 11 grudnia: *Pharyngolaryngitis crouposa. Hyperaemia et oedema pulmonum. Hyperaemia meningum et cerebri. Enterocatarrh. chronicus c. hyperplasia gland. mesaraicarum.* Opona twarda zrośnięta jeszcze ściśle z wewnętrzną powierzchnią czaszki.

We wszystkich tych 4ch przypadkach nie było żadnych objawów klinicznych do rozpoznania przekrwienia czynnego opon mózgowych i mózgu, gdyż przebieg nie różnił się w niczém od wielu innych przypadków błonicy i dławca u nas zauważanych, a w których przy sekcyi żadnego nastrzykania opon lub przekrwienia istoty mózgowéj nie można się było dopatrzeć. W obec faktu tego przypuścić chyba musimy, iż dzieci te posiadały już jakieś usposobienie do przekrwienia opon i mózgu, polegające czyto na większéj pobudliwości systemu nerwowo-naczyniowego, czytéż na odmiennéj mięszanie krwi, np. zwiększeniu ilości ciałek czerwonych lub t. p.

C. Wynaczynienie w oponach mózgowych i mózgu

Wynaczynienia w oponach mózgowych i mózgu nie są chorobami częstemi w wieku dziecięcym, pomijając przypadki przydarzające się u noworodków, wywołane samą sprawą porodową, a w rzadkich razach urazem działającym na dziecię zostające jeszcze w łonie matki. Występują one jak wiadomo: 1) pod wpływem jakiegoś cierpienia miejscowego np. urazu na czaszkę wywartego, przekrwienia silnego mózgu, zapaleń zwłaszcza wikłających się z zakrzepicą naczyń, w następstwie zatoru, pęknięcia drobnych tętniaków naczyń mózgowych, wreszcie pod wpływem zmian gruźliczych w ścianach naczyniowych; 2) pod wpływem jakiejś choroby ogólnéj ustroju, a zatém w t. zw. *Diathesis haemorrhagica*, w zatruciach, w chorobach zakaźnych itp.

Co do rozpoznania wynaczynienia w mózgu u dzieci, to uwzględnić musimy przedewszystkiém: *a)* w jakich warunkach rozpoznać można wynaczynienie w ogóle i *b)* jak rozróżnić, czy wynaczynienie nastąpiło w oponach mózgowych, czy téż w mózgu. Otóż pedyjatrzy zgadzają się po większéj części na to, iż rozpoznać można wynaczynienie w jamie czaszkowéj wtedy, jeżeli ognisko jest większe, toż wynaczynienie znaczniejsze następuje nagle i nie ogranicza się tylko do splotów naczyniowych w komórkach. Przypady w takim razie są następujące: Nagła utrata przytomności, bladość twarzy, charczenie, wymioty, mimowolne oddanie kału i moczu, czasem drgawki, zwyczajnie zniesienie czucia i ruchów. Mojém jednak zdaniem jeszcze i wtedy nie można rozpoznać wynaczynienia, gdyż te same objawy wywołać może nagłe przekrwienie mózgu lub zator tętnic mózgowych. Należałoby zatém przedewszystkiém być w możności wykluczenia zatoru, stwierdzając czyto brak wady sercowéj, zapalenia śródsierdzia, schorzenia naczyń krwionośnych, jużtéż brak chorób upośledzających odżywienie ogólne ustroju, a mogących w następstwie doprowadzić do skrzepów krwi w komórce lewéj zwłaszcza pomiędzy beleczkami, a nakoniec wykluczając możliwość zatorów tłuszczowych i barwikowych. A choćbyśmy nawet znaleźli się w tém szczęśliwém położeniu, to jeszcze przeczekać należy co najmniéj 24 godzin, ażeby zauważyć, czy objawy te ogólne nie ustąpią w zupełności, co odpowiada tylko przekrwieniu mózgu, a w razie przeciwnym, jakie uwydatnią się przypady ogniskowe, z których dopiero o siedzibie cierpienia a następnie o jakości jego wnosić możemy. Rozpoznanie tylko samego wynaczynienia bez względu na to, czy ono jest w oponach czy w samym mózgu, jak widzimy, nie jest w pierwszéj chwili tak łatwém, a tém trudniejszém, prawie niemożliwém, natenczas jeżeli nie występuje u dziecka zdrowego, lecz okazującego już znaczniejsze cierpienie ośrodków. Któż rozpozna wynaczynienie w przebiegu ostrego zapalenia opon lub mózgu? Któż je rozpozna w zapaleniu gruźlicowém albo téż tylko w obecności guzów gruźliczych w mózgu, które czas jakiś rosnąc w utajeniu, bez wszelkich objawów, wywołują nagle taki sam zbiór przypadów ogólnych i ogniskowych, jak wynaczynienia w jamie czaszkowéj a specyjalnie wynaczynienia w istocie mózgowéj. W takich razach, jeżeli sprawa przeciąga się dłużéj i dziecię zostaje jeszcze

przy życiu a porażenia w jednakowém pozostają nasileniu, możemy tylko prawdopodobne przypuścić wynaczynienie. Co się zaś tyczy ściślejszego rozpoznania, czy wynaczynienie nastąpiło w oponach, czy w miąższu mózgowym, to jest ono w pierwszéj chwili całkiem niemożebném, chociaż zauważono, iż przy wynaczynieniu w samym mózgu wszystkie przypady występują nagle i gwałtownie, podczas gdy skutkiem wynaczynień w oponach objawy występują powolniéj w miarę zwiększania się ilości krwi wynaczynionéj, rozlania się jéj na powierzchni i ucisku na mózg. Dopiero po niejakim czasie, kiedy objawy ogniskowe przeważą nad ogólnemi, rozróżnienie nabywa nieco większego prawdopodobieństwa. Zmiany bowiem w sferze ruchowéj i czuciowéj wywołane wynaczynieniem w miąższu mózgu są zazwyczaj połowicze, podczas gdy skutkiem wynaczynień w oponach są one obustronne, gdyż krew rozpościerać się ma po całéj powierzchni półkul mózgowych. Następnie skutkiem wynaczynień w mózgu ruchy lub czucie bywa całkiem zniesione, gdyż wynaczynioną krwią zostają odpowiednie ogniska zmiażdżone, podczas gdy skutkiem wynaczynień na powierzchni ulegają one tylko uciskowi. Jakże jednak rozróżnić te dwa cierpienia od siebie, jeżeli wynaczynienie miąższowe nie ogranicza się do jednego ogniska, lecz jest wielomiejscowe, zwłaszcza w obec drobnych tętniaków? a literatura zna podobne przypadki, albo téż jeżeli wynaczynienie nastąpi w miąższ mostka Varola lub rdzenia przedłużonego a co nie zawsze natychmiastową śmierć za sobą pociąga. Pominąwszy jednak pomylenie się w rozpoznaniu, czy mamy przed sobą w danym razie wynaczynienie w mózgu czy téż w oponach, czy téż inną jaką chorobę materyjalną, istotną ośrodków nerwowych, to jeszcze i przypadki porażeń czynnościowych bez zmian anatomicznych, zupełnie podobny przedstawiać mogą obraz chorobowy, a rozpoznanie ich i odróżnienie od przypadków wynaczynień jest rzeczą nadzwyczaj trudną. Przypominam tu tylko przypadek podany w Przeglądzie Lek., 1883, Nr. 9, tyczący się chłopca, u którego wśród przebiegu krztuśca wystąpił cały szereg objawów cechujących wynaczynienie w jamie czaszkowéj, a u którego sekcyja żadnego zboczenia w mózgu nie wykazała.

Zobaczmy teraz, czy przypadki, w których sekcyja stwierdziła, a raczéj wykryła wynaczynienie w ośrodkach, koniecznie przebiegać muszą wśród objawów, jakie cierpieniu temu przypisują a które powyżéj podaliśmy. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z drugiéj seryi posiedzeń w sprawie cholery odbytych w Państwowym Urzędzie Zdrowia w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Virchow zabrawszy głos wyraża zadowolenie, że Pettenkofer sam przypomniał swe dawno zapatrywanie. Pettenkofer to bowiem, o ile Virchow przypomnieć sobie może, był pierwszym, który przypuszczał, objaśniając epidemię monachijską r. 1854, istnienie grzybka cholerycznego. Grzybek ten na razie usunięto z pod uwagi, z powodu doświadczeń Thierscha na białych myszach, które budziły podejrzenie, że odchody nie zawierają grzybka, lecz że on rozwija się dopiero następowo przy dalszym rozkładzie. Wówczas nawet w Monachijum utrzymywało się mniemanie, że grzybek rośnie na ścianach rur spadowych i ztąd do domów się dostaje. W miarę jednak ustalania się teoryi Thierscha o późniejszym rozwoju przyrzutów, uwydatniał się szereg innych stosunków, do których dostają się odchody a gdy istoty te nadzwyczaj często dostają się do gruntu, to bliskiém było przypuszczenie, iż grunt stanowi głównie bywa zanieczyszczonym. Virchow uznaje badania Pettenkofera co do powstawania pojedynczych epidemij, każdy badający stosunki pojedynczéj epidemii musi podobnie postępować. Z drugiéj atoli strony nie może Virchow pojąć Pettenkofera, dla czego żąda on, aby przypuszczać jeden tylko sposób rozwoju przyczyny cholery a mianowicie, że tylko w gruncie może przyrzut chorobowy róść i w jad się przemieniać. Virchow nie widzi racyi, dla czego nie mógłby on przejść także do wody do picia. Opozycyja teoretyczna jest w tym kierunku niemożliwą, jedynie empiryczna, mimo to Pettenkofer potępia teoryję wody do picia. Wpływ wody do picia zawisł od rodzaju wody, co do którego znaczne różnice zachodzić mogą. Zawsze jednak trzeba uwzględniać, czy z zaprowadzeniem nowéj wody do picia nastała istotna zmiana w stanie zdrowia. Jeżeli jednak np. Koch okazał co do Kalkuty wielką, nagłą i trwałą zmianę w stanie zdrowia, to w obec zarzutu Pettenkofera, że prócz wody do picia jeszcze inne rzeczy uległy zmianie, szłoby tylko o to, aby wykazać, że te inne rzeczy tyle lub mniéj znaczą co woda do picia. Przyznać trzeba, że z zaprowadzeniem nowéj wody zazwyczaj łączy się wzmożenie i poprawa odprowadzenia. Kwestyja więc wpływu wody do picia rozkłada się na dwie drugorzędne. Virchow zwraca jeszcze uwagę, że sprawa ta jak dla cholery ma także i znaczenie dla duru. W jednéj z swych prac poprzednich zestawił Virchow pewną liczbę miast odnośnie do wpływu wodociągów i kanalizacyi na dur. Uderza w tym spisie Hala, gdzie nagle i stale występuje zmniejszenie się śmiertelności z duru: gdy przed zaprowadzeniem wodociągów było rocznie 194, 215, 254, 160 przypadków śmierci z duru liczba obniżyła się po zaprowadzeniu wodociągów do 62, 65, 65, 43, 14, 28.—Obniżenie to jest co najmniéj tak uderzającém, jak różnica co do cholery w Kalkucie. W Berlinie od wielu lat krzywa duru biegnie odpowiednio do wahań wody zaskórnéj, Virchow tłumaczy to tém, że istotnie stan wody zaskórnéj wywiera wpływ na rozwój duru. Nie wnosi jednak ztąd, aby woda do picia nie wywierała wpływu na rozwój duru, lub aby woda do picia nie mogła duru sprowadzić. Jeżeli jakiś prątek poczytamy za przyczynę i nośnik choroby, to rozchodzi się tylko o to, w jaki sposób prątek ten do ustroju się dostaje. Z góry trudno rozstrzygnąć, którą dostaje się drogą, czy przez powietrze czy przez wodę do picia, nie można atoli powiedzieć, gdy oprócz nowéj wody uległy zmianie i inne rzeczy, aby wodę wykluczyć należało. Jeżeli prątek przecinkowy istotnie jest grzybkiem cholerycznym, należy rozważyć, że zdolność jego życia w wodzie niewątpliwie jest wykazaną, nie można zatém zaprzeczyć możliwości, że może się dostać z wodą do ustroju i w ten sposób chorobę szerzyć. Takie tłumaczenie musiałoby upaść, gdybyśmy znaleźli inny przyrzut lub jad cholery lub organizm choleryczny, któryby się w wodzie utrzymywać nie zdołał. Dopóki jednak przyrzut cholery, bez względu na rodzaj, w wodzie żyć może, to musimy się decydować uważać wodę do picia obok wody zaskórnéj i stosunków gruntu za możliwe źródło doprowadzania jadu do ustroju.

W dalszym ciągu omawia Virchow stosunki wody gruntowéj w Berlinie, rozumiejąc przez nią pierwsze źwierciadło wody, jakie pod powierzchnią ziemi napotykamy, gdy Pettenkofer rozróżnia właściwą wodę zaskórną i wodę przesiąkłą

z powierzchni.—Przechodzi następnie Virchow do omówienia stosunków wilgotności i zanieczyszczenia gruntu.

Jakkolwiek ważnêm jest wyobrażenie o pochodzeniu zanieczyszczenia z góry, nie należy go jednak nadużywać, wszystko z niego wywodząc. Jeżelibyśmy tak dur jak cholerę a może jeszcze i dyfteryję, czerwonkę i różne inne choroby z niego wyprowadzić chcieli, to byłoby to nieco dowolnêm.

W tym względzie zwraca Virchow uwagę na doświadczenia, jakie w jego zakładzie robił Dr. Babes a dotyczące wzajemnego stosunku różnych ustrojów tego rodzaju. Babes zadał sobie pytanie, jak zachowuje się prątek cholery zmięszany z innemi grzybkami? w walce o byt, jak Virchow powiada. Okazało się, że obecność różnych grzybków wpływa niezmiernie na prątka przecinkowego, nie rozwija on się w takich razach, a dotyczy to w szczególności tych wszystkich prątków, które szybko rosną i żelatynę prędko rozpłyniają, a więc grzybków gnilnych. To zgadza się z doświadczeniami podanemi przez Kocha, że ciecze wychodkowe wywierają wpływ niszczący na prątek przecinkowy.

Wynika téż ztąd, że w jakiejś masie wystawionéj na wpływ gnicia nie należy się spodziewać dalszego rośnięcia prątków przecinkowych, nawet gdyby się ich dodało. Przypuściwszy, że prątek przecinkowy jest grzybkiem cholery, to jestto nadzwyczaj cenny fakt dla dalszych wywodów. Wypada się mieć na baczności, wyobrażając sobie, że gdy grunt napełniony jest nieczystościami, a dostają się do niego różne przyrzuty, takowe jednostajnie rosnąć musiały. Zależeć to będzie od różnych okoliczności. Tak więc istnieć będzie miejscowe usposobienie, które stósownie do okoliczności będzie rozwojowi jakiegoś prątka sprzyjać lub go powstrzymywać.—To są jednak pytania, które dadzą się dopiero określić po dalszych badaniach. Nasze zaś badania co do wody gruntowéj, wody do picia, bielizny, są dopiero w początkowym okresie, coraz nowe nasuwają się kwestyje, Virchow sądzi jednak, że przy ich rozbiorze spotkamy się z Pettenkoferem na polu usposobień. — Virchow zwraca uwagę na jedno tylko, iż ktokolwiek widział jaką epidemiję cholery, przyzna wysokie znaczenie osobistego usposobienia. — Przy sekcyjach zwłok osób zmarłych z ostréj cholery zawsze znajdujemy objawy w toku będącego trawienia. Pojawianie się to napadu cholery w okresie trawienia i przerwanie tegoż przez napad cholery jest czémś tak uderzającém, że każdemu nasuwa się myśl, iż tu coś istnieje, co dla zrozumienia choroby jest ważne. Ze spostrzeżeń w pierwszych epidemijach poczynionych i doświadczeń wynika, że jeżeli istnieje w żołądku usposobienie, które przyspiesza opróżnienie żołądka a więc posuwa ingesta bardzo rychło do dwunastnicy, stanowi to wstępny warunek dla dalszego rozwoju choroby. Wiele osób posiada tak drażliwy żołądek, iż zjadłszy jabłko w pół godziny dostają rozwolnienia, tu znaczna ilość treści żołądkowéj naraz przechodzi przez kiszki. Stanowi to okoliczność sprzyjającą przenoszeniu się żyjących ustrojów (któreby w zwykłych razach przez żołądek zostały zniszczone) do dolnych odcinków kiszek a wraz z tém umożliwia, że ustroje te rozwijają się daléj w dolnych częściach kiszek.

W końcu porusza Virchow jeszcze jednę sprawę będącą na porządku dziennym zebrań, ale dotąd nieporuszoną, zakażenia przez powietrze, którego nie chce obszerniéj rozbierać, ale zwrócić tylko uwagę na różnicę zapatrywań jego od zapatrywań Kocha. Koch sądzi, zdaniem Virchowa, że należy powietrze całkiem z szeregu przyczyn chorobotwórczych wykluczyć, a jeżeli Koch przypuszcza je dla wyjątkowych przypadków, to wypadałoby przypadki te wymienić. Virchow badając w ostatnich czasach wiele przypadków odnoszących się do zakażenia przez bieliznę napotkał wiele uderzających przykładów, iż zapadli ludzie, którzy sami nie prali, ale mieli do czynienia z bielizną nieczystą. Tu zaliczyć téż wypadało i przypadki odnoszące się do przestrzeni, w których dłuższy czas niepraną bieliznę przechowywano, a w których wybuchła cholera lub nabawiono się jéj. Przypadki takie trudno inaczéj wytłumaczyć, jak że istnieje możliwość przeniesienia przez powietrze. Nie trzeba sobie tego tak wyobrażać, iż zaraża powietrze wnikające do płuc, ale przy oddychaniu dostaje się do ust wiele rzeczy, które bywają połknięte. Przenosi te istoty powietrze. Czyż więc nie można sobie pomyśleć, że wilgotne cząsteczki z powierzchni bielizny przy manipulowaniu z nią odrywają się, zamieniają się w rodzaj pyłu, tak samo jak się rzecz ma z węglem. Także w powietrzu zawieszone cząsteczki mogą czas pewien, choćby krótszy, unosić się w otoczeniu osoby, a przytém dostać się do ustroju i być przeniesionemi. — Tłumaczenie takie zbliżałoby się do dawniejszego zapatrywania Pettenkofera co do zawlekania przez brudną bieliznę przyrzutu cholery w powietrzu zawartego. Na wszelki przypadek wypada nam być ostrożnymi i wstrzymać się od wyrażenia zdania, że przyrzut cholery nie może przenosić się przez powietrze. Zdaniem Virchowa tymczasowo musimy jeszcze uznawać możliwość, że istnieje także choćby chwilowe i więcéj gwałtowne dostawanie się zarodków grzybkowych do powietrza i że ztąd nastać może zarażenie.

Zabrał jeszcze głos Koch nadmieniając, że może on sobie przeniesienie cholery przez bieliznę w inny jeszcze sposób wyobrazić, aniżeli w te sposoby, o których Virchow wspomniał. Niekoniecznie uciekać się pod tym względem do powietrza. Przy zarażeniu się przez bieliznę rozchodzi się o takich, którzy bieliznę pakowali, przenosili lub czyścili, a więc byli z nią w bezpośredniéj styczności; przypuszcza więc Koch, że dotykali się rękoma miejsc powalanych odchodami i przenieśli jad do potraw lub do ust. Przeciw temu, co Pettenkofer podał o stosunkach cholery w Kalkucie i w fortecy William, miałby Koch wiele do powiedzenia, mianowicie co do grupowania dat statystycznych, pozostawia to jednak do innéj sposobności, zwraca tylko uwagę, że wszystko to, co powiedział, miało na celu obronę jego zapatrywań w obec zarzutów Pettenkofera, nie stanowiło zaś bynajmniéj zaczepki zapatrywań Pettenkofera.

Na tę ostatnią uwagę odpowiada Pettenkofer, że idzie tu o dwa przeciwne zapatrywania, mające pewne praktyczne następstwa, a Pettenkofer uważa to za nieszczęście, jeżeli znów pojawia się zapatrywanie, że sam chory choleryczny lub że on głównie stanowi nośnik jadu cholerycznego, że uważamy go za najniebezpieczniejszego, którego należy unikać, którego należy odosabniać tak, że czasem może być nawet pozbawiony opieki, jest bowiem zdania, oparty na doświadczeniu, że obcowanie z chorymi cholerycznymi nie jest połączone z niebezpieczeństwem, właściwy zaś epidemijologiczny punkt ciężkości leży całkiem gdzieindziéj, jak się to okazuje w Indyjach i u nas. Przez odosabnianie chorych, odwietrzanie, powstrzymywanie komunikacyi, nigdzie nic nie wskóraliśmy ale przez sanitarne ulepszenia otoczenia ludzi, miejscowości, zyskaliśmy wybitne wyniki, a to skłania Pettenkofera przywięzywać do tego wagę; Koch więc nie powinien brać tego za osobiste przeciw niemu wystąpienie, gdyż przeciwnie Pettenkofer cieszy się, że bakte-

ryjologija obecnie w ten sposób się rozwija i że zyskała takiego jak Koch przewodnika, który podał sposoby epokę stanowiące i poczynił odkrycia odpowiednie, ale życzy sobie Pettenkofer, aby nawał epidemijologicznych faktów naprowadził go na lokalistyczne tory, bo na nich niewątpliwie wiele jeszcze jest do znalezienia, co da się bezpośrednio pod względem ochrony zdrowia zużytkować.

Przemówienie to stanowiło niejako naturalne przejście do nowego działu rozpraw. (C. d. n.)

Oser: **O nerwicach żołądka i ich leczeniu.**

Nerwice żołądka dzieli Oser za przykładem Leberta na nerwice ruchowe, czuciowe, wydzielnicze i naczynioruchowe.

A. Nerwice ruchowe. Autor chcąc rozwiązać pytanie, pod wpływem jakich nerwów i w jaki sposób odbywają się fizyjologiczne ruchy żołądka, wykonał szereg następujących doświadczeń na zwierzętach. Przekonawszy się na podstawie badań gastroskopowych, przedsięwziętych wspólnie z prof. Mikuliczem, że część odźwiernikowa żołądka ludzkiego odznacza się nadzwyczaj łatwą pobudliwością, wprowadzał do odźwiernika zwierząt jużto przez żołądek jużtéż przez dwunastnicę kleszcze opatrzone sprężyną, których ruchy, zależne od ruchów odźwiernika, można było przedstawić graficznie za pomocą odpowiednich przyrządów. W ten sposób wykazał, że część odźwiernikowa żołądka kurczy się w nieregularnych odstępach czasu z różną siłą, że ruchy te istnieją także nawet po przecięciu nerwów błędnych na szyi i nerwów trzewowych w jamie brzusznéj, że podrażnienie nerwów błędnych wywołuje zawsze rychły skurcz odźwiernika i to têm silniejszy, im silniejszym jest bodziec drażniący. Skurcz odźwiernika występuje zazwyczaj natychmiast po zadrażnieniu nerwu, czasem po krótkiéj chwilce a najpóźniéj po 8 sekundach. Po częstych i szybko po sobie następujących drażnieniach występuje znużenie odźwiernika. Podrażnienie nerwów trzewowych w jamie piersiowéj wstrzymuje samoistne ruchy odźwiernika. Wpływ podrażnienia nerwów trzewowych uwidocznia się zwolna, dochodząc do maximum po upływie 1 lub 2 minut, jestto chwila bezwzględnego spoczynku i największego rozszerzenia się odźwiernika, poczêm rozpoczynają się powoli samoistne ruchy żołądka, które w ciągu 3 minut odzyskują pierwotną swą siłę. Z tych doświadczeń wynika, że skurcz odźwiernika zostaje pod wpływem nerwu błędnego, a otwarcie odźwiernika zawisło od czynności nerwu trzewowego, podczas gdy samoistne ruchy żołądka odbywają się pod wpływem komórek zwojowych rozmieszczonych w ścianie żołądka. Otwarcie się odźwiernika pod koniec trawienia tłumaczy autor w następujący sposób. Przez wessanie pokarmów strawionych w żołądku zmienia się skład krwi do tego stopnia, że krew drażni teraz włókna nerwu trzewowego podobnie jak prąd elektryczny, skutkiem czego otwiera się odźwiernik.

Nerwice ruchowe żołądka dzieli Oser na dwie grupy. Do pierwszéj grupy zalicza te nerwice, które polegają na zmniejszeniu się napięcia mięśniowego, drugą zaś grupę stanowią, według niego, nerwice, mające za podstawę nadmierne spotęgowanie się ruchów robaczkowych żołądka.

Do pierwszéj grupy należy: 1) odżuwanie, 2) niedomykalność odźwiernika i 3) atonija żołądka.

1. Odżuwanie (*ruminatio, merycismus*) polega na zwątleniu lub zupełnem porażeniu części wpustowéj żołądka, a cechuje się têm, że chorzy w krótkim czasie po spożyciu pokarmów zwracają takowe do jamy ustnéj i to bez żadnego wstrętu, ba nawet z pewną przyjemnością. Nerwica ta może mieć czasem bardzo ciężki przebieg i szydzić z wszelkich zabiegów leczniczych. Łagodniejsze formy téj choroby może zwalczyć chory siłą swéj woli, zmianą dyjety, spożywaniem wyłącznie suchych pokarmów i spokojem po jedzeniu. Do należytego wytłumaczenia odżuwania nie wystarcza, zdaniem autora, samo porażenie wpustu żołądka, lecz przypuścić nadto trzeba, że pokarmy wprowadzone do żołądka wywołują silniejszy ruch robaczkowy żołądka, skutkiem któregoto ruchu zostają pokarmy wyrzucone przez otwarty wpust żołądka do jamy ustnéj.

2. Niedomykalność odźwiernika (*insufficientia v. incontinentia pylori*) jest wynikiem schorzenia mięśni odźwiernika jużto z przyczyn mechanicznych, jużtéż z przyczyny czysto nerwowéj. W celu rozpoznania téj choroby wtłacza autor powietrze atmosferyczne do żołądka za pomocą balonu i miękkiego zgłębnika żołądkowego. Jeżeli odźwiernik domyka, to żołądek wydyma się, w przeciwnym zaś razie uchodzi powietrze do jelit. Wypukiem łatwo stwierdzić można, czy powietrze znajduje się w żołądku czy téż w jelitach. Sposób ten ma być lepszym, jak sądzi autor, niż metoda podana przez Ebsteina, polegająca na podaniu choremu proszków, z których wytwarza się w żołądku kwas węglowy; za pomocą balonu można bowiem wprowadzić do żołądka dowolną ilość powietrza, jak niemniéj takowe wypuścić w razie, gdyby chory doznawał jakichkolwiek dolegliwości. Podczas gdy Ebstein przytacza jako objawy kliniczne niedomykalności odźwiernika: 1) ustąpienie wymiotów, 2) wydęcie jelit, 3) biegunkę, mającą występować skutkiem podrażnienia jelit kwaśną treścią żołądka, nie przypisuje Oser wszystkim tym objawom żadnego znaczenia rozpoznawczego. Że odżywienie chorego niekoniecznie cierpieć musi w razie istnienia niedomykalności odźwiernika, dowodzą zdaniem autora, te przypadki, w których wycięto odźwiernik z przyczyny raka, blizny lub wrzodu, a chorzy mimo to dobrêm odżywieniem się cieszyli.

3. Atonija żołądka polega na zmniejszeniu się napięcia mięśni żołądka. Choroby mózgu i rdzenia pacierzowego mogą sprowadzić taki niedowład mięśni żołądka. Zapalenie otrzewny, obrażenie ścian brzusznych, choroby narządu płciowego u kobiet, ostre lub przewlekłe zapalenie żołądka mogą w drodze odruchowéj wywołać porażenie mięśni żołądka w ten sposób, w jaki powstaje np. porażenie pęcherza wśród nieżytu pęcherza. Wynikiem atonii żołądka jest rozstrzeń żołądka (*dilatatio ventriculi*). Z tego względu objawy powyższéj nerwicy ruchowéj żołądka są identyczne z objawami rozstrzeni żołądkowéj. (C. d. n.)

Prof. Dr. Ch. Bäumler. **Porażenie nerwu wstecznego w przewlekłych chorobach płuc.**

Prof. B. opisuje trzy przypadki, gdzie w skutek przewlekłego zapalenia gruczołów oskrzelowych lub przewlekłych zapaleń płuc wywiązało się zapalenie nerwu wstecznego z następowêm porażeniem tegoż. Nadzwyczaj trudne, a nieraz i niemożebne, jest rozpoznanie, czy przyczyna takiego zapalenia leży w przewlekłych zapaleniach gruczołów oskrzelowych, czy téż zależy od tętniaka głównéj tętnicy, bo nie posiadamy żadnych pewnych objawów celem rozpoznania. Czasem tylko sfigmograf może rozstrzygnąć, czy jest nierówność fali w tętnicach sprychowych lub szyjnych, lub téż czy są objawy ucisku tchawicy lub przełyku. Jeżeli brak tych objawów, a przytêm nie ma i skurczowego szmeru w sercu, wtedy nie możemy na pewno orzec, jaka przyczyna porażenia nerwu wstecznego. Co do etyjologii nadmienia B., że

oprócz wyżéj wzmiankowanych chorób kiła i przewlekłe zatrucie wyskokowe wywołują czasem przerost tkanki łącznéj w śródpiersiu tylném, a w następstwie i nerw wsteczny ulega przerostowi. Rokowanie zawsze złe, nawet w kile rzadko doczekamy się poprawy. Trzeba jednak w tych przypadkach dawać jodek potasu, w innych zaś stósować systematycznie i konsekwentnie prąd przerywany pomimo, że w większéj części przypadków rezultat bywa ujemny. (*Arch f. kl. Med*). tom 37). *Dr. J. Surzycki.*

Wiadomości pomniejsze.

Kugelmann (z Hanoweru) miał na posiedzeniu Zjazdu lekarskiego w Strasburgu odczyt **o leczeniu macicy jodoformem.** Zachęcony skutecznością tego leku w nieżytach nosa, zaczął go stósować i w nieżytach macicy. Wystrzykawszy pochwę i część pochwową macicy wodą i 3% kwasem karbolowym, wprowadzał kateter męzki, zmodyfikowany przez Hüpedera z odpowiedniém zgięciem, napełniwszy go przedtém stósowną ilością jodoformu i wdmuchiwał ten proszek za pomocą balonika. Sposób leczenia jest prosty, oszczędza choremu i lekarzowi wiele uciążliwości, zasługuje zatém na uwagę ogólną. (*H. O.*)

○ **Nitrogliceryna w zapaleniu nerek**. Bourgiński twierdzi, że nitrogliceryna w małych dawkach zmniejsza dzienną ilość białka w moczu. Ilość moczu dzienna staje się większą, a zwiększenie to utrzymuje się czas jakiś po zaprzestaniu używania tego środka. Stopniowo zwiększane dawki mają jeszcze większy wpływ na zmniejszanie białka. Nie zauważył on żadnych ocenić się dających zmian w ciężarze gatunkowym moczu ani w ciężarze chorych. Środek ten nie wywiera zgubnych wpływów na ogólny stan chorego z wyjątkiem słabego przemijającego bólu głowy, który się zdarza w pierwszych dniach używania. (*The Lancet* 1885, II, Nr. 16).

○ **Złamania dna czaszki.** Wilhelm Grader czynił doświadczenia nad złamaniami czaszki spuszczając ciężary ważące 200 do 240 funtów na głowy trupów z wysokości 4 stóp. Doszedł on do następnych wniosków: 1) Przerwy w ciągłości na dnie czaszki o ile dotyczą złamań podłużnych, poprzecznych i skośnych należy uważać za szczeliny powstałe w skutek pęknięcia. 2) Kierunek szczelin jest równoległym do wywartego ciśnienia. 2) Rozległość złamania zawisła od rozlicznych okoliczności różnych stosownie do czaszki i doświadczenia a nie można o niéj wnosić jedynie z gwałtowności uderzenia. Wynik praktyczny z tych badań jest ten, że z kierunku uderzenia wnosić można o kierunku złamania i oznaczyć narządy, które obrażenia doznały a które oszczędzone zostały. Odwrotnie lekarz sądowy z kierunku złamania wnosić może o kierunku uderzenia. (*The Lancet* 1885 II Nr. 12).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XXXII Posiedzenie Tow. lek. krak. z d. 7 października 1885 r.
Przewodniczący kol. Rosner. Członków obecnych 22.

1. Kol. Trzebicki przedstawił chorego, u którego prof. Mikulicz wykonał w klinice przed 4ma miesiącami połowicze wyłuszczenie krtani z przyczyny nowotworu rakowego. Operowany obecnie obywa się i mówi bez kaniuli. Przytém prelegent rozbiera metody i szanse podobnéj operacyi oraz wskazania.

2. Kol. Grabowski zdaje sprawę z zabiegów Komisyi około wykonania portretu śp. prof. Kozubowskiego, przedkłada rachunki z poniesionych na ten cel wydatków, oraz przedstawia wniosek Komitetu Tow. co do czasu, miejsca i sposobu, w jaki ma się odbyć uroczystość zawieszenia portretu. Tow. przyjmuje wnioski, udzielając wraz z podziękowaniem absolutoryjum Komisyi.

3. Kol. Grabowski odczytuje petycyję lekarzy czeskich do Rady państwa w sprawie kas wsparcia dla chorych, oraz odezwę tychże lekarzy czeskich do Tow. lek. krak. z prośbą o poparcie podania. Tow. zgodnie z wnioskiem Komitetu uchwala wystosować podanie do Rady państwa.

4. Kol. Browicz mówił o nowszych poglądach na powstawanie żylaków.

W dyskusyi uważa kol. Mikulicz podstawę doświadczeń Lessera za mylną, gdyż zatkanie żył nigdy żylaków nie wywoła, jakto częstokroć widzimy w nowotworach ugniatających żyły. Powodem tego jest: 1) Że ciśnienie w żyłach jest bardzo nieznaczne, jako zależne od ciśnienia w naczyniach włosowatych. 2) Że przy ciągłém zatkaniu żyły wytwarza się obieg kolateralny. Zapewne, iż w wielu przypadkach należy podzielać zapatrywania nowsze na sprawę powstawania żylaków, w znacznéj jednak, jeżeli nie przeważnéj liczbie, przynajmniéj tak zwanych prawdziwych żylaków, jak krwawnice, żylaki mosznowe, za moment przyczynowy potrzeba przyjąć stosunki mechaniczne, t. j. ciążenie słupa krwi w danêm naczyniu żylném. Do podobnego pojmowania rzeczy skłania zarazem fakt, iż żylaki tworzą się zwykle w niższych od obwodu leżących częściach danego naczynia, jak np. okolice kostek, skoro na uwagę weźmiemy żyłę *saphena*, któréj długość jest tak znaczna, oraz wzgląd, że przy cierpliwém leżeniu chorego rozszerzenia żył znacznéj ulegają modyfikacyi. Dziedzicznym wpływom także niepoślednie znaczenie przypisać należy. W odpowiedzi kol. Browicz zwraca uwagę na zastawki żylne tak blisko siebie położone, w których widzi niejako przeciwdziałacze ciążeniu słupa krwi. Kol. Mikulicz uważa opór stawiany przez zastawki za bardzo nieznaczny, czego dowodem, że w żylaku zastawki są niejako zdławione, na bok usunięte, tak że poznać je można tylko jako sierpowate wyniosłości wystające przez ścianę danego naczynia. *Dr. Dobruchowski.*

Posiedzenie zwyczajne Towarzystwa lekarzy kijowskich z d. 26 października 1885 r.

Przewodniczący prof. Dr. Münch. Członków obecnych 44.

1) Kol. prof. Stukowenko przedstawił chorą z kliniki chorób skórnych i kiłowych z pierwotném twardzielem kiłowym na prawym policzku. Przyczyna zakażenia téj 24-letniéj zamężnéj izraelitki pozostała niedociecżoną; mąż jéj zupełnie zdrów i nie przebywał nigdy chorób wenerycznych. Sam twardziel pierwotny przedstawiał się w postaci okrągłéj, wielkości złotego reńskiego, na wyniosłości nieco spłaszczony; stwardnienie nader wyraźne u podstawy i na brzegach tego ściśle odgraniczonego guza; po wierzchnia twardziela pokryta cienkim, brunatnym strupem, pod którym znajdowało się powierzchowne lecz dość obszerne owrzodzenie, raczéj nadżerek o skąpéj wydzielinie. Gruczoły podżuchwowe z prawéj strony znacznie zwiększone i stwardniałe, szczególnie gruczoł usadowiony w kącie szczęki dolnéj. Inne gruczoły nieco obrzmiałe, niebolesne, twarde. Najmniéj dotknięte były gruczoły pachwinowe; na wargach sromnych kilka kłykcin sączących. Po skórze tułowia i odnóg dość gęsto rozsiane plamy osutki plamistéj, już się mającéj ku zanikowi. Chora od dwóch miesięcy spostrzegała nadżerek na policzku, który wkrótce miał zmienić swą postać w guz, ciągle się powiększający.

W dyskusyi zauważył kol. Tomaszewski, iż przedstawiony przypadek wyszczególnia się od innych brakiem głębokiego owrzodzenia, zwłaszcza że od powstania pierwotnego stwardnienia upłynęło juz kilka tygodni.

Kol. Stukowenko odpowiada na to, iż pierwotne twardziele na skórze powstałe, zwykle mają taką postać, jaką widzimy w danym przypadku.

Kol. Szadek nadmienia, że przeglądając opisane dotąd przypadki umiejscowienia pierwotnego twardziela kiłowego na policzkach, można przekonać się, że w téj okolicy zwykle spostrzega się tak zwane *ulcus elevatum* z nieznaczném owrzodzeniem niedrążącém w głąb, o skąpéj wydzielinie, ale za to najczęściéj rozmiary stwardnienia bywają większe niż gdzieindziéj (przypadki Andersa i Mandera, Henryego, Zeissla, Weinberga, Hulota, Goulda, Lavergnea, Perrina i innych); z pomiędzy tych przypadków zwracają na siebie uwagę następujące:

Zeissla, w którym u dozorczyni chorych powstał niezwykłych rozmiarów twardziel kiłowy (*monströse Sklerose)* na prawym policzku; zakażenie w tym przypadku nastąpiło w skutek pocałunku chorego kiłowego, w przypadku zaś Hulota spostrzegano na obu policzkach umiarowo usadowione dwa pierwotne owrzodzenia kiłowe, powstałe jednocześnie.

2) Kol. Czujewski opowiedział przypadek spostrzegany w klinice położniczéj, w którym kobieta zamężna, 21 lat licząca, obok zupełnego braku macicy przedstawiała inne wady rozwojowe, dotyczące lewego gruczołu mlecznego i lewéj odnogi górnéj, która składała się li tylko z ramienia i 3ch palców, przedramienia wcale brakowało i cała lewa odnoga górna była 3 razy krótsza od prawéj; lewy sutek był znacznie większy w porównaniu z prawym, kręgosłup przedstawiał boczne skrzywienie, pochwa miała postać krótkiego i niewielkiego ślepego woreczka, macicy i jajników zupełnie brakowało. Budowa miednicy i odnóg dolnych przypominała typ męski.

3) Kol. Łukaszewicz odczytał rozprawę: O działaniu znieczulającém przy podskórnych wstrzykiwaniach kokainu na podstawie własnych doświadczeń. Prelegent chcąc przekonać się przeważnie o miejscowém działaniu kokainu robił doświadczenia na sobie samym i na kilka innych osobach oraz na zwierzętach. Do wstrzykiwań używał *Cocainum muriaticum* w rozmaitych dawkach (od 0,01—0,04 grm). Skutek był następujący: po upływie 5—10 minut następowało na przestrzeni mniejszéj lub większéj (co zależało od okolicy ciała i sposobu rozgałęzienia się nerwów), zupełne znieczulenie skóry; sąsiednia okolica skóry na około okazywała znaczne zmniejszenie się czucia na ból i dotyk, w okolicy znieczulonéj można było ją kłóć, krajać, przyżegać itd., nie wywołując przy tém najmniejszego uczucia bólu; dotykanie też nie było odczuwane. Ku obwodowi od miejsca, gdzie dokonane było wstrzyknięcie kokainu, przestrzeń skóry znieczulonéj była zwykle znacznie większą niż w kierunku ośrodkowym, z czego prelegent wnosi, iż kokain miejscowo działa na pnie nerwów, w skutek czego przerywa się stosunek między ośrodkami nerwowemi i obwodowemi rozgałęzieniami nerwów, na które rozczyn kokainu miejscowo podziałał. Przypuszczenie to było sprawdzone za pomocą licznych doświadczeń dokananych na zwierzętach i ściśle kontrolowanych za pomocą elektro-galwanicznych przyrządów. Co się zaś tyczy ogólnego działania wstrzykniętego pod skórę kokainu, to prelegent na sobie spostrzegał następujące objawy: z początku następuje uczucie ogólnego zadowolenia, spokoju i błogości, lecz wkrótce wszystkie te przyjemne objawy stopniowo ustępują dając natomiast miejsce przykremu uczuciu zawrotów głowy, niedomagania, bezsenności. Po upływie niejakiego czasu (zależnie od wysokości dawki) wszystkie objawy znikają bez śladu.

W dyskusyi dość długiéj, która wywiązała się z powodu ciekawego i zajmującego odczytu kol. Łukaszewicza, zabierają głos koll. Rynek, Sikorski, Rein i Rudkow nie zgadzając się z tłumaczeniem prelegenta co do sposobu działania miejscowego kokainu utrzymywali oni; że daleko właściwiéj i stosowniéj byłoby tłumaczyć znieczulenie skóry, powstające w okolicy wstrzykiwania kokainu, działaniem kokainu na końcowe gałązki nerwowe rozrzucone w téj okolicy, gdzie dokonaném było wstrzykiwanie rozczynu. *Dr. Karol.*

VII. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

II.

Wjeżdżając do Persyi którymkolwiek z granicznych przesmyków zaraz na pierwszéj stacyi przekonać się możemy, że naszém zjawieniem się wprowadziliśmy ogół w największe zaciekawienie. Jeżeli cudzoziemiec jest lekarzem, to wypada mu zapomnieć o znużeniu podróży, aby dla własnego spokoju, a powiem nawet, że i bezpieczeństwa w przyszłéj podróży, dobrze sobie usposobić licznych chorych, zjawiających się jakby na zawezwanie. To też już na pierwszym moim przystanku, niezbyt dałekim od granicy, miałem sposobność spotkania się z pierwszymi klientami perskimi. Pierwszy przedstawił mi się Dżewamir, naczelnik kurdzkiego plemienia Hamawand, zbójów i łupieżców tradycyjnéj powagi. Ołowiane ciałko rzucone karabinem Martiniego w świeżéj potyczce z turecką strażą pograniczną, strzaskawszy mu obojczyk, ugrzęzło w górnéj części kości ramieniowéj. Za naczelnikiem przywlekły się i inne niedołęgi, w których liczbie kilku było dotkniętych gnilcem, jedna kobieta młoda jeszcze z rakiem sutków, wreszcie mężczyzna przedstawiający bardzo ciekawy rozwój plamicy Werlhofa. Oczywista, każdemu coś się wskazało, zapisując powyższe przykłady jako wyraz nie zbyt dobrego stanu zdrowotnego mieszkańców. Natarczywi zaś klienci nie mogli się pogodzić z faktem, że tylko radą przychodzę im w pomoc. W ich bowiem przekonaniu lekarz cudzoziemiec powinien bezwarunkowo wozić z sobą całe skrzynie leków, aby je szczodrą ręką rozdawać między zgłaszających się chorych. To też radę przyjmując z pewném niezadowoleniem nie zaniechali jednak swych odwiedzin, które powtarzały się na każdéj stacyi, niekiedy nawet przy drodze, gdy z myślą tonącą we wspaniałéj panoramie, jaką geologiczna formacyja rozrzuciła przedemną, wertowałem jednocześnie podręczny słownik, aby choć cośkolwiek oswoić się z językiem miejscowym i gdy okoliczności pozwolą odczytać w oryginale Giulistan Sadiego, to arcydzieło wschodniego liryzmu. Jednocześnie od podróżnych dążących ku granicy starałem się dowiedzieć cośkolwiek pewnego o stanie zdrowotnym dalszych miejscowości. Pogadanki jednak podobne do niczego nie doprowadziły. Dowiedziawszy się, w jakim podróżuję celu, zbywano mnie zwykle zapewnieniem o najlepszym stanie zdrowotnym w tych prowincyjach. Czyniono to zaś z obawy, ażeby nie być narażonym na odsiadywanie w jednym z pogranicznych punktów kilkunastodniowéj kwarantany.

Często spotykane po drodze osady wiejskie lub małe miasteczka rozrzucone w dolinach u podnóży pasm górskich lub ponad wybrzeżami licznych tu rzeczułek, jedne nurzające się w błotnych kałużach, inne dla uniknięcia wilgoci czy nawet powodzi ustalone na wzgórkach, dzięki otaczającym je łańcuchom gór, cieszą się bardzo powabną panoramą, lecz w istocie mającą wyraz smutny, cechujący, jeżeli już nie nędzę, to trwały niedostatek mieszkańców. Z wyjątkiem bowiem tak zwanych Karawan-Serai, zwykle budowli monumentalnych, domy po wsiach są sklejone z bloków gliny, dla większego stężenia pomięszanéj ze słomą; są niskie, ciasne, bez okien i drzwi, z jedną tylko stancyją, właściwie przestrzenią zaopatrzoną w ciągle dymiące ognisko, przy którém zwykła się tulić cała rodzina wieśniaka. Obok stajnia czy obora służy za schronienie dla ptactwa domowego i zwierząt domowych, żyjących w bezpośredniém sąsiedztwie że swym właścicielem. Podwórze zajęte do połowy ogromną kałużą pełną nieczystości; z latami nagromadzone gnojowiska, a obok nich skóry owcze wypełnione fermentującém mlekiem, uzupełniają szczegóły wiejskiéj osady.

Wieśniak tutejszy przeważnie oddaje się uprawie roli i hodowli ogrodów po większéj części owocowych. Obszerne przestrzenie pól, ziemia żyzna i niewymagająca wielkiego trudu, zdają się zapewniać dobrobyt wieśniaka. W rzeczywistości jednak tak nie jest. Wieśniak pozostaje tu w stanie poddaństwa. „Khan" (pan-feudalny) właściciel gruntu i życia rolnika, w drodze dziedzicznéj, czy też prawem krótkotrwałéj dzierżawy, zwykł pochłaniać wszystko, co dostarczy praca rolnika. Toteż rola tego ostatniego jest tu bardzo smutną. Pracując nie dla siebie, lecz z obawy, pracując gor-

liwie, sam zwykł się ograniczać do zaspokojenia najniezbędniejszych potrzeb, pędząc życie w ciągłym prawie niedostatku. Z natury niedbały i niechlujny, żyjący w nieszczególnych warunkach klimatycznych, z większą niż gdzieindziéj łatwością podlega cierpieniom znajdującym tu dla swego rozwoju wszystkie sprzyjające warunki. Wystarcza wejść do mieszkania tutejszego wieśniaka, przepędzić tam jednę noc, przypatrzyć się jemu i jego rodzinie, ażeby się przekonać, jak wielki wpływ wywiera na jego zdrowie ciągłe pozostawanie pośród stert nieczystości.

W nieco lepszych stosunkowo warunkach pozostają mieszkańcy miasteczek perskich. Tutaj domy są większe, porządniejsze, czyściej utrzymane, niekiedy otoczone ogrodem, niemniéj jednak nie są wolne od wytwarzającéj gnilne wyziewy podwórzowéj kałuży, ze swemi odorami przenikającéj do wnętrza mieszkań. Miasta perskie są bezwarunkowo własnością korony. Toteż i mieszkańcy cieszą się tu lepszym bytem niepodlegając samowładnéj potędze „Khanów“. Jedni z nich zajmują się rzemiosłem, przeważnie farbiarstwem i garbarstwem, drudzy handlują drobiazgami; większa jednak część zajęta hodowlą koni i mułów, wynajmując je do przewozu towarów i podróżnych, z tego ciągnie największy zysk. Pomimo to widoczny wszędzie dobrobyt nie skłania jednak do zajęcia się możebném polepszeniem warunków hygijenicznych. Jeżeli wieśniak ze swą lepianką nurza się w kałużach błota, to przynajmniéj wolnym jest od wpływów wynikających z poblizkich cmentarzy, które w miastach zajmują największe przestrzenie stanowiąc niejako przedziały między rozmaitemi częściami domostw. Szkodliwy zaś wpływ cmentarzy na zdrowie mieszkańców ma swe źródło w grzebaniu zwłok t. zw. tymczasowém, w celu następnego przewiezienia ich do ziemi dla Persów obiecanéj, mianowicie do Nedżefu i Kerbeli! Co zaś najbardziéj wpływa na przesycenie powietrza wyziewami, to są rynsztoki biegnące środkiem każdéj ulicy, wypełnione wszystkiem, co tylko podlega nazwie nieczystości, nagromadzanych tam codziennie i pozostawianych aż do czasu, gdy ulewne deszcze spłuczą na chwilę te prawdziwe ogniska gnilnych wyziewów. Mieszkaniec jednak tutejszy wybornie się z niemi oswaja. Zasiadając na kamieniu przy progu własnego domu tuż w pobliżu rynsztoku oddycha jego powietrzem, wcale nie zdając się być żenowanym przenikającą jego niewonią. To jeszcze nie wszystko. Zwyczaj nie zakopywania padłych zwierząt, czyni, że ich resztkami powiększać się zwykła treść rynsztoków. Wszędzie też, niewyłączając i stolicy kraju, spotyka się całe sterty kości, a częściéj jeszcze porozrywane części i trzewa zdechłego zwierzęcia, pozostawione, aby je działanie powietrza przeobraziło w stan mniéj odrażający, tak że rynsztok uliczny w miastach perskich pozostaje dla higijenisty cechą najbardziéj charakterystyczną. Przechodzenie nawet samemi ulicami nakazuje pewną przezorność z powodu głębokich dołów, będących składem tego wszystkiego, co ścieka z ulicy i jéj rynsztoku. Ten ostatni zmywa deszcz od czasu do czasu, podczas gdy dół wspomniany pozostając stale otwartym wytwarza wyziewy, których woń słowami trudno wyrazić! — I tutaj, podobnie jak w pobliżu rynsztoku, zwykła przesiadywać najuboższa klasa handlujących, kobiety wynoszące na sprzedaż starą odzież i szmaty; chłopcy rzeźniczy zachwalający upieczone głowy baranie lub łój i tłuszcz przetopione do zastąpienia masła i smażenia wątrobek i nerek, wreszcie przedający tak tu używany odwar ze śliwek zwanych „Ali-buchara“, pijany w każdym czasie i wychwalany jako orzeźwiający. Mrowie ludu krąży w podobnych miejscowościach, zajada i prowadzi wrzaskliwe spory i jakby nie odczuwało wpływu powietrza, jakiém oddycha. Dość jednak rzucić okiem i spojrzeć na wyraz twarzy takiego mieszczucha, aby się przekonać, że zabójcze wyziewy w jakich zwykł przebywać, zniszczyły jego cerę i nadały jéj cechę jeżeli nie charłaczą w ścisłém tego słowa znaczeniu, to z pewnością chorobową. Tutaj też miejscowi bohaterzy, walczący aby usunąć stany chorobowe, znajdują najobszerniejsze pole dla swego działania. Razem z tą biedotą zasiadając nad rynsztokiem, przy murze lub progu meczetów praktykują pod otwartém niebem, nie szczędząc rad wcale nieopartych na rozsądnéj podstawie. Ludek ich słucha, podziwia i wynagrodziwszy poleceniem opiece jednego z licznych patronów, odchodzi, aby wypocząć znowu przy cuchnących dołach i rynsztokach.

Ogólnie złe warunki hygijeniczne i wpływ ich na zdrowie mieszkańców pogorsza jeszcze dość częsty tu nieurodzaj. Jeżeli „Khan“ bywa ożywiony pewną względnością dla swych podwładnych i w latach nieurodzajnych pozostawia wieśniakowi możność korzystania z nędznego zbioru, wtedy złe daje się jeszcze zażegnać. W razie przeciwnym głód bywa nieuchronném następstwem. I wtedyto doprowadzony do ostateczności wieśniak rzuca zwykle dotychczasową swą siedzibę i rusza w dal szukać środków wyżywienia się. Dowodem tego są bardzo często spotykane po drodze ruiny całych wiosek lub połaci miejskich. Przejeżdżający, choć wie jaką przebywa drogę, na widok gruzów, mimowolnie skłania się do przypuszczenia, że sąto ruiny historycznéj przeszłości kraju, podczas gdy bliższe z niemi zetknięcie się wskaże od razu, że są one następstwem świeżo przybytéj klęski glodowej. Dotkliwa ta okoliczność powtarza się tu prawie co parę lat. Dur głodowy dobija tych, którzy nie zdołali usunąć się z doświadczonych okolic. I jak się późniéj przekonamy, jedną z przyczyn chorób zakaźnych głównym powodem sprzyjającym ich rozwojowi i przyczyniającym wielką śmiertelność pośród tutejszéj ludności, jest to nędza wywołana brakiem środków do wyżywienia się.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Ze sprawozdania sejmowego departamentu V Wydziału krajowego wyjmujemy jeszcze następujące szczegóły:

Rzeczywiste wydatki z funduszu krajowego na cele zdrowia publicznego w r. 1884 wynosiły kwotę 688.588 złr. w. a.

W roku 1884 pomnożyła się liczba łóżek w naszych szpitalach o 18, wynosiła bowiem 3.524, mianowicie było łóżek w szpitalach powszechnych 2.699, w zakładach dla położnic 75, w zakładach dla obłąkanych 570, a w szpitalach dla dzieci 180.

Chorych leczono w szpitalach powszechnych 32.990 przez 728.846 dni, w zakładach dla położnic 1.172 przez 23.159 dni, w zakładach dla obłąkanych 1.174 przez 183.644 dni, a w szpitalach dla dzieci 1.984 przez 49.233 dni, razem 37.318 chorych przez 984.882 dni.

Procent uzdrowionych wynosił w ogóle 70·36, zmarłych zaś 10·13 od sta.

W szczególności było uzdrowionych chorych 69·85 a zmarłych 9·15 na sto, położnic 94·07 uzdrowionych a 1·53 zmarłych, obłąkanych 23·5/0 uzdrowionych a 11·75/0 zmarłych, nareszcie dzieci 57·17 uzdrowionych a 24·24 zmarłych.

Średni pobyt chorego w zakładzie wynosił u chorych 22·1 dnia, u położnic 17 dni, u obłąkanych 156·4 dnia, u dzieci 24·8 dnia, a średnio u wszystkich 27·1 dni.

Wydatki wynosiły we wszystkich naszych zakładach 699.427 złr. a. w.—Mianowicie w szpitalach powszechnych 480.595 złr., w zakładach dla położnic 30.303 złr., w domach obłąkanych 162.970 złr. a w szpitalach dla dzieci 25.559 złr. a. w.

Koszt utrzymania jednego chorego przez czas kuracyi w zakładzie wynosił w szpitalach 14 złr. 56 ct., w zakładach położnic 26 złr. 12 ct., w zakładach dla obłąkanych 118 złr. 41 ct., w szpitalach dla dzieci 12 złr. 88 ct.— Utrzymanie zaś dzienne kosztowało średnio: chorego 65·9 centa, położnicy 1 złr. 35 ct., obłąkanego 86 ct. a dziecka 51·9 ct.

Z roku 1883 pozostało na utrzymaniu funduszu krajowego we Lwowie 16 podrzutków, w roku 1884 przybyło 11, ubyło zaś przez śmierć 8, przez ukończenie wieku normalnego 3, razem 11. Pozostało na rok 1885 podrzutków 16. Z tych 4 chłopców a 12 dziewcząt. Koszta ich utrzymania wynosiły 844 złr.

W Krakowie zostało z roku 1883 podrzutków 9, ubyło w roku 1884 skutkiem wieku normalnego 2, pozostało na rok 1885 podrzutków 7, z tych 5 chłopców a 2 dziewcząt. Koszta ich utrzymania wynosiły 142 złr. a. w.

W zakładzie podrzutków w Wiedniu było utrzymywanych w r. 1884 z funduszu krajowego galicyjskiego 160 podrzutków kosztem 10.635 złr., w Pradze 12 dzieci kosztem 601 złr., w Bernie 8 dzieci kosztem 424 złr. W ogóle wydał fundusz krajowy w roku 1884 na utrzymanie podrzutków 12.646 złr. za 216 dzieci.

C. k. Namiestnictwo we Lwowie na żądanie c. k. Ministra sprawiedliwości zapytywało, czyby umysłowo-chorych zbrodniarzy i przestępców nie utrzymywano w zakładach naszych dla obłąkanych po ich wyzdrowieniu lub w razie nieuleczalności, choćby się nie kwalifikowali do dalszego pobytu w zakładzie, aż do orzeczenia c. k. władzy politycznéj w porozumieniu z właściwą władzą sądową.

Daliśmy odpowiedź odmowną na téj podstawie, że zakłady nasze przez to zarządzenie straciłyby właściwą swą cechę zakładów leczniczych, a stałyby się po części więzieniami i zakładami karnemi, a następnie, że względy ludzkości i słuszności sprzeciwiają się umieszczaniu zbrodniarzy i przestępców w jednym zakładzie z chorymi [1]).

Zwracamy jeszcze uwagę Wysokiego Sejmu, że szpital św. Łazarza w Krakowie nie posiada bardzo potrzebnego oddziału ocznego, bo klinika okulistyczna jest za szczupła dla téj ilości chorych na oczy, którzy się tam zgłaszają tak z miasta jak i z okolicy. Przytém klinika jest zamknięta w ciągu letnich miesięcy, kiedy właśnie następuje największy przypływ dotkniętych chorobami oczu. Wprawdzie przy zamknięciu klinik na lato chorzy na oczy są odsyłani na chirurgiczny oddział szpitala św. Łazarza; lecz tam nie znajdują ani odpowiedniego pomieszczenia, ani należytego leczenia, bo przy dzisiejszém specyjalizowaniu wszystkich chorób nie każdy lekarz jest w stanie zadość uczynić najnowszym wymogom nauki [2]).

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w październiku r. 1885.

Tyfus brzuszny, który od września b. r. znowu począł się rozszerzać, w październiku jeszcze więcéj się rozszerzył i tak do 210 chorych z końcem września pozostałych przybyło 512 (we wrześniu 366), a z ogólnéj liczby 722 leczonych chorych wyzdrowiało 446 czyli 61·8%, umarło 37 czyli 5·1%, pozostało w leczeniu 239 osób. Najwięcéj gmin nawiedzonych tyfusem było w powiecie brzeżańskim, rawskim i złoczowskim (w każdym powiecie po 4 gminy). Największą liczbę chorych (66) stwierdzono w jednéj gminie powiatu tłumackiego, 65 w jednéj gminie pow. horodeńskiego, 55 w jednéj gminie pow. lwowskiego; największa śmiertelność przeszło 10% w Chocimierzu (pow. horodeński).

Tyfus plamisty stwierdzono w 9 miejscowościach tyluż powiatów. W ogóle leczono 127 chorych, z tych wyzdrowiało 97 czyli 76·4%, umarło 6 czyli 4·7% pozostało 24 osób w dwu gminach w powiecie sądeckim i bocheńskim.

Tyfus powrotny stwierdzono w dwu gminach powiatu jaworowskiego; z 28 leczonych chorych wyzdrowiało 9 osób czyli 32·1%, umarło 4 czyli 14·3%, pozostało w leczeniu 15 osób.

Szkarlatyna rozszerzyła się tak, iż liczba nawiedzonych tą chorobą gmin, liczba leczonych chorych jakotéż i liczba zmarłych wyższą jest niż we wszystkich poprzednich miesiącach bieżącego roku. Ogółem leczono 1087 chorych, z tych wyzdrowiało 593 czyli 54·6%, umarło 191 czyli 17·6%, pozostało w leczeniu 303 osób w 26 gminach. Najwięcéj gmin (po 4 w każdym powiecie) nawiedzonych było w powiecie buczackim, cieszanowskim, jaworowskim, rzeszowskim i zaleszczyckim. Największą śmiertelność stwierdzono w Skowiatynie w powiecie borszczowskim (niemal 40%), w Panszówce w pow. czortkowskim 26%, tak samo w Łanczynie w pow. nadworniańskim, w Winiatyńcach w pow. zaleszczyckim przeszło 35%.

Dyfteryja pojawia się sporadycznie w pojedynczych miejscowościach różnych powiatów przeważnie w wschodniéj części kraju. Najczęściéj trudno jest wykazać źródło, zkąd chorobę zawleczono; zabrawszy kilka lub kilkanaście ofiar w jakiéj gminie, choroba przygasa na czas dłuższy, aby po roku lub nawet po upływie dłuższego czasu znowu niespodzianie pojawić się. W październiku br. stwierdzono 110 przypadków choroby w 9 gminach ośmiu powiatów. Tylko w dwu sąsiednich gminach w Szczercu i Ostrowie powiatu lwowskiego doszła dyfteryja do większych rozmiarów (w obu gminach razem 60 chorych). Z 110 leczonych wyzdrowiało 53 osób czyli 48·2%, umarło 29 czyli 26·4%, pozostało w leczeniu 28 osób w 5 gminach. W poprzednich latach zwykle w listopadzie dochodziła dyfteryja do największego rozszerzenia, należy się przeto jeszcze przybytku chorych spodziewać.

Dysenteryja, która w sierpniu najbardziéj była rozszerzoną, od września ciągle przygasa. W październiku stwierdzono ją w 62 gminach 32 powiatów, leczono zaś ogółem 1337 chorych (w sierpniu 6988 chorych), z téj liczby wyzdrowiało 872 czyli 65·2%, umarło 146 czyli 10·9%, pozostało w leczeniu 319 osób w 21 gminach. Najwięcéj rozszerzoną była dysenteryja w powiecie brodzkim w 9ciu gminach także w zbarazkim i złoczowskim po 5 gmin.

Odra pojawiła się we wrześniu tylko w siedmiu gminach, w październiku zaś rozszerzyła się na 27 gmin w 15 powiatach. Z końcem września pozostało 75 chorych, do tego przybyło w ciągu października 1413 chorych a z ogólnéj liczby leczonych wyzdrowiało 1021 czyli 68·6%, umarło 80 czyli 5·4%, pozostało w leczeniu 387 chorych. Najwięcéj chorych było w miasteczku Żabnie w powiecie tarnowskim, najwięcéj gmin tą chorobą dotkniętych (4) w powiecie grodeckim.

Koklusz, który od początku kwietnia do końca września stopniowo się wzmagał, w październiku zmniejszył się znacznie; i tak ogółem leczono 2320 osób (we wrześniu 3021), z tych wyzdrowiało 1570 czyli 67·7%, umarło 101 czyli 4·4%. Najwięcéj był rozszerzonym koklusz w powiecie łancuckim w 9 gminach, w ciągu miesiąca wygasł jednak zupełnie; prócz tego w powiecie tarnopolskim w 5ciu gminach i złoczowskim w 4ch gminach.

Ospa, która w sierpniu i we wrześniu była bliską wygaśnięcia, w październiku znowu się rozszerzyła, mianowicie w powiecie limanowskim w 4 gminach, prócz tego szczególnie silnie w jednéj gminie powiatu nowotarskiego (Ochotnica) i w jednéj gminie pow. żywieckiego (Szare). W ogóle było 265 chorych ospowych w 17tu miejscowościach w leczeniu, z tych wyzdrowiało 85 albo 54% szczepionych, 38 albo 35% nieszczepionych, umarło 12 czyli 7·6% szczepionych, 26 albo 24% nieszczepionych. Pozostało w leczeniu w końcu października 104 chorych.

Lwów d. 15 listopada 1885. *Dr. Merunowicz.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 8—14 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 22,5. Z odry umarło 2 (4 z. t.); z płonicy 2 (2 z. t.); z błonicy 0 (2 z. t.), z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 10 przypadkach odry, 6 płonicy, 1 krztuśca, 1 duru brzusznego, 1 czerwonki. W tygodniu od 1—7 listopada umarło z ospy: w Warszawie 3, w Mnichowie 1, w Wiedniu 12, w Budapeszcie i w Pradze po 5, w Tryjeście 1, w Wenecyi 13, w Zurychu 1, w Paryżu 3,

[1]) Nad kwestyją tą poczynimy późniéj przy sposobności nasze uwagi. *Redakcyja.*

[2]) Uwaga ta odnosi się do kwestyi, którą poruszyliśmy w Nrze 24 Przegl. Lek. z rb.; radzi jesteśmy, że Wydział krajowy podziela nasze zapatrywanie pod względem potrzeby konieczněj urządzenia oddziału ocznego w szpitalu św. Łazarza. *Redakcyja.*

w Londynie, Liwerpolu, Brukseli i Petersburgu po 1, w Odesie 4. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 27; z odry w Gdańsku 13, w Królewcu 32, w Londynie 41, w Paryżu 26; z płonicy: w Hamburgu 11, w Petersburgu 19; z błonicy: w Berlinie 49, w Altonie 10, w Londynie 28, w Paryżu 36; z krztuśca w Londynie 29. Z cholery umarło w Palermo od 28 października do 3 listopada osób 63, zachorowało 101.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 1—7 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 34,3; w Warszawie 27,0; w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 22,5; w Budapeszcie 25,9; w Pradze 26,2; w Berlinie 27,9; w Hamburgu 25,4; w Gdańsku 28,2; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Amsterdamie 22,3; w Bazylei 18,1; w Brukseli 22,2; w Chrystyjanii 20,7; w Genewie 21,2; w Kopenhadze 13,2; w Londynie 18,9; w Odesie 34,0; w Paryżu 21,4; w Petersburgu 24,1; w Stokholmie 20 5; w Tryjeście 28,7; w Wenecyi 31,2; w Zurychu 14,1. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

○ **Kraków** d. 26 listopada. W dwu poprzednich numerach podaliśmy wykład Pasteura o ochronném leczeniu wścieklizny, który stał się przedmiotem zajęcia nietylko ciał naukowych i dzienników lekarskich francuskich, ale, rzec można, całego świata. Pasterz Jupille, o którym wspominał Pasteur, że znajduje się jeszcze w jego obserwacyi, powrócił już obecnie do rodzinnéj wioski. Obecnie leczy Pasteur innego chłopca 14-letniego, który miał być pokąsanym przez psa w Bordeaux. Dwoje innych dzieci także pokąsanych przez psa wściekłego przysłano z Roubaix Pasteurowi w celu leczenia. Wytrwały i gorliwy badacz wkrótce będzie obleżony przez chorych, ufność bowiem w jego leczenie jest tak wielką, że ludność z dalekich okolic przybywa, aby u niego zasięgnąć rady, nie zadając sobie nawet trudu wybadania, czy pies, który zadał ranę, był istotnie wściekły lub nie. W takich więc okolicznościach Pasteur będzie miał trudne zadanie wybierania odpowiednich przypadków. Opierając się na korzystnych wynikach, jakie Pasteur otrzymał, uczyniono propozycyję zakładania w różnych miejscowościach osobnych zakładów do stosowania téj metody i aby każdy lekarz był obznajmiony ze stosowaniem tego sposobu. W związku z tém nadmienić wypada, że pewien deputowany z Bouches du Rhône proponował Komisyi departamentowéj wysłanie bezzwłoczne jednego z profesorów Wydziału lekarskiego w Marsylii do Paryża w celu obznajomienia się z doświadczeniami Pasteura. Tenże proponował téż urządzenie lokalu z odpowiednią obsługą i narzędziami celem wykonywania szczepień przeciw wściekliźnie.

* **Praga czeska** d. 23 listopada. Dzisiejsze posiedzenie Spolku lekařův českých odbyło się w klinice chirurgicznéj prof. Weissa i było poświęcone demonstracyjom chorych. Pomiędzy przypadkami, które przedstawił Dr. Zdeborský 1szy asystent kliniki, 2 zasługują na uwagę ze stanowiska ogólno patologicznego. 1) Rak skóry u mężczyzny 36-letniego wychodzący z okolicy ostatnich żeber z przodu po stronie lewéj, przedstawiający się jako guz twardy nieporuszalny, nierówny, częściowo na powierzchni rozpadający się, wielkość guza w średnicy około 10cm. W okolicy jego rozsiane liczne guzki wielkości orzecha, metastazy na skórze głowy, organa wewnętrzne wolne. 2) *Struma ossea* u 9 letniego chłopca trwające od roku; w ostatnich tygodniach powstała na głowie w okolicy kości czołowéj wyrośl kostna w postaci małego odcinka kuli, średnicy u podstawy około 5cm., guz ten jest niebolesny, skóra nad nim niezmieniona,

Dr. Obrzut.

* **Anglija**. W Dublinie odbyła się temi dniami rzadka uroczystość. Chirurg tameczny Dr. Thompson złożył dowód odwagi i poświęcenia wysysając ranę w skutek tracheotomii powstałą u pacyjenta dla wydalenia błon dyfterytycznych. Za czyn ten królowa przyznała mu medal Alberta, przeznaczony jako nagroda waleczności, okazanéj przed nieprzyjacielem na lądzie lub morzu. Reprezentant królowéj wręczając mu medal, rzekł, że waleczność okazuje się w rozmaitych postaciach, a zwłaszcza u lekarzy tyle zdarza się przypadków ofiarności i szlachetności, że za szczęśliwego się poczytuje, gdy w osobie Dra Thompsona podziękowanie królowéj oświadczyć może całemu temu stanowi znakomitemu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska**. Prof. położnictwa w czeskim Wydziale lek. Dr. Jan Streng otrzymał order korony żelaznéj 3éj kl. w uznaniu wieloletniéj działalności znakomitéj w dziedzinie umiejętności i nauczycielskiéj.

* **Odznaczenia**. Akademija lekarska belgijska zamianowała zagranicznymi członkami honorowymi proff. Leydena w Berlinie, Kussmaula w Strasburgu, Bambergera w Wiedniu, Jennera i Erichsena w Londynie, Botkina w Petersburgu i Didaya w Lugdunie.

* **Wiadomości osobowe**. Mianowani zostali w obronie krajowéj lekarzami pułkowymi 1éj kl. Drowie Włodzimierz Antoniewicz i Jan Skomorowski; lekarzami pułkowymi 2éj kl. Drowie Emanuel Rosenblatt, Józef Tarchalski, Antoni Janiszewski, Ignacy Obłoczyński; lekarzami starszymi Drowie Lucyjan Jacobi i Jan Sołowski.

* **Nekrologija**. W Leydzie umarł fizyjolog prof. Heynsius. (Adryjan Heynsius urodził się w r. 1831, był uczniem Müldera i Dondersa, w r. 1858 mianowany prof. fizyjologii w Ateneum w Amsterdamie, a w r. 1866 w Leydzie, w r. 1875 był rektorem tego uniwersytetu).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 47: Trzebickiego: (z kliniki prof. Mikulicza w Krakowie): Przyczynek do operacyj dokonywanych na pęcherzu moczowym (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 47: Florkiewicza: Dwa przypadki promienicy (c. d.); Brünera: Przyczynek do nauki o nerwicach serca (dok.). — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 11: Krówczyńskiego: O wpływie gimnastyki na narząd oddechowy.

Redakcyja otrzymała:

RUMSZEWICZ: O mięśniach śródocznych u jaszczurek i żółwi. (Odbitka z książki jubileuszowéj Dra Szokalskiego), Warszawa 1884, in 8vo str. 14 z tabl.

Tenże: O krwawych rażeniach rogówki. (Odbitka z „Medycyny“), Warszawa 1884, in 8vo str. 4.

Tenże: Przyczynek do nauki o wadach rozwojowych oka. (Odbitka z „Medycyny“ 1884), in 8vo str. 6.

ADAMKIEWICZ: La circulation dans les cellules ganglionaires. (Odbitka z „Comptes rendus“ Aakademii paryzkiéj) in 4to str. 4.

Dr. W. A. GLUZIŃSKI: O rozpoznawaniu jam w miąższu płucnym. Wykład habilitacyjny. (Odbitka z „Przegl. Lek.“) in 8vo str. 18.

Tenże: Gorzykwiat wiosenny i konwalija majowa jako leki zastępujące naparstnicę. (Odbitka z „Przegl. Lek.“) in 8vo str. 28.

Tenże: Działanie wyskoku na czynność żołądka ludzkiego. (Odbitka z „Medycyny“) in 8vo str. 23.

GLUZIŃSKI i JAWORSKI: Doświadczenia podjęte w celach klinicznych nad zachowaniem się istot białkowatych w żołądkach ludzkich. (Odbitka z „Przegl. Lek.“) in 8vo str. 23 z tabl.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 2go grudnia o godzinie 6éj w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém 1) odbędzie się dyskusyja nad nową metodą operacyi wola podaną przez kol. prof. Mikulicza, poczém 2) kol. Pieniążek mówić będzie o kokainie, jako leku miejscowo znieczulającym.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Szan. koledze Drowi Klikowiczowi w Paryżu. Rozprawę szan. kolegi otrzymaliśmy, druk jéj atoli dopiero po Nowym Roku rozpoczniemy, ponieważ ostatnie 4 numery tegoroczne już są zapełnione.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtor arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 5 grudnia 1885. № 49. Rok XXIV.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do chirurgii.

XV.

Przypadek groźnéj asfiksyi wśród narkozy chloroformowéj z pomyślném zakończeniem.

Podał **Dr. A. Bossowski**, asystent téjże kliniki.

Tłumaczenie działania chloroformu na ustrój człowieka, zwłaszcza zaś dokładne wyjaśnienie groźnych objawów wydarzających się śród narkozy chloroformowéj, a nierzadko kończących się śmiercią, napotyka dziś jeszcze na znaczne trudności, których dotąd liczne prace fizyjologiczne w zupełności opanować nie mogły, a to tém mniéj, gdy wynik badania pośmiertnego daje pospolicie rezultaty ujemne. Pozostaje jedynie droga skrzętnego gromadzenia spostrzeżeń klinicznych, którą zwolna wprawdzie i z oględnością postępując, wypada zastąpić niedostatek bezpośredniego doświadczenia. Ścisłe roztrząśnienie każdego przypadku wraz z należytém uwzględnieniem okoliczności, śród których wystąpiły ciężkie zaburzenia podczas narkozy chloroformowéj, sprostać może jedynie zadaniu wyświecenia tych cennych i zagadkowych przypadków, które dotąd w rubryce „n i e w y j a ś n i o n y c h“ zajmują miejsce. Podstawę do wydania stanowczego sądu stworzyć może tylko liczny i obfity materyjał, któremu zbywa dotąd niestety na téj odmianie przypadków, gdzie groźne zaburzenia śród narkozy kończyły się zwrotem pomyślnym. W stosunku do użycia chloroformu nieliczne publikowany poczet obejmuje, z wyjątkiem kilku, wyłącznie takie przypadki, w których ustanie funkcyi życia zwracało dopiero uwagę chirurgów na nieprawidłowości narkozy, pozbawionéj tém samém ścisłéj i dokładnéj obserwacyi. Zbytecznem dodawać, jak pożądaném również byłoby ogłaszanie zaburzeń śród narkozy chloroformowéj szczęśliwie przebiegających i w tym kierunku właśnie jako przyczynek niech posłuży następujący przypadek o pomyślnym przebiegu zaczerpnięty z kliniki chirurgicznéj prof. M i k u l i c z a.

K. R, kandydat notaryjalny, lat 25, przyjęty d. 29 kwietnia do kliniki chirurgicznéj z cierpieniem gruźliczém w stawie kolanowym lewym. Mężczyzna wątłéj budowy, licho odżywiony, o skórze i błonach śluzowych bladych, okazuje w narządzie oddechania zagęszczenie szczytu prawego płuca, narząd krążenia i trawienia nie przedstawia zboczeń. Stłumienie serca występuje w granicach prawidłowych, uderzenie koniuszkowe w miejscu właściwém, tony serca czyste, tętno pełne i silne daje 84 uderzeń na minutę. Mocz prawidłowy. W celu usunięcia części chorobowych z kolana postanowił prof. M i k u l i c z wykonać w d. 4 maja 1885 r. resekcyję stawu kolanowego, na którą chory chętnie się zgodził i bez obawy lub silnego wzruszenia poddał się uśpieniu chloroformem, zachowując od wieczora dnia poprzedniego ścisłą dyjetę. Do narkozy użyto, jak zazwyczaj, mięszaniny chloroformu z eterem i wyskokiem (4:1:1), stosowanéj za pomocą koszyka E s m a r c h a. Po upływie 10 minut, śród których zużyto około 30gr. mięszaniny, podawanéj z początku nader powoli w klinice naszéj ze względów ostrożności, wystąpił krótkotrwający okres podniecenia, cechujący się jedynie tém, że chory zachowujący się od rozpoczęcia narkozy całkiem spokojnie, począł teraz liczby wymawiane donośniéj i z naciskiem wygłaszać. Tętno nieco przyspieszone, szybsze niżli w chwili rozpoczęcia narkozy, oddechy równe i prawidłowo głębokie, żrenice niestosunkowo w tym okresie rozszerzone, lecz tęczówka jak również i rogówka oddziaływają dobrze na właściwe bodźce. Nagle śród okresu podniecenia po użyciu w całości około 50gr. mięszaniny, oddechy straciły regularny dotąd bieg, stały się płytkie i ustały wreszcie w zupełności, tętno dobrze macalne choć częste, 100 uderzeń na minutę, nie zdradzało zresztą żadnych zboczeń. Twarz chorego przybrała barwę trupio-bladą, żrenice rozszerzyły się *ad maximum*, rogówka nie oddziaływała wcale na bodźce mechaniczne. Śród wyciągania języka, do czego prze-

dewszystkiém zwrócono się, zauważył lekarz kontrolujący tętno, że nie daje się ono już wyczuć. Przystąpiono natychmiast do wzbudzenia sztucznego oddechania metodą Silvestra, trzymając daléj język ujęty w kleszcze i wyciągnięty. Po kilkunastu sztucznych ruchach odruchowych powróciło tętno, a chory począł sam oddechać, niebawem jednak przed podaniem dalszém chloroformu po upływie może minuty oddech i tętno znikły powtórnie. Oddechanie sztuczne tym razem przez dłuższy czas zastósowane nie pozostało bez skutku, oddechy samoistne znowu wróciły, a wraz z niemi pojawiło się tętno. Gdy po upływie kilku minut oddechy jak niemniéj i tętno wracając do normy odzyskały swój pierwotny charakter wykonał prof. Mikulicz resekcyję stawu kolanowego przy częściowém tylko uśpieniu chorego, który oddziaływał dowolnemi ruchami i krzykiem na pół świadom poszczególnych aktów operacyjnych. Śród dalszego podawania mięszaniny chloroformowéj z wszelką ostrożnością w małych tylko ilościach trzymano nadal w kleszczach język wyciągnięty z jamy ust, oddalając gromadzący się obecnie w znacznéj obfitości śluz przez oczyszczenie gardziela zwitkami waty. Tętno utrzymywało się w dalszym ciągu narkozy pełne, choć nieco częstsze, niż przed uśpieniem, oddech nie zdradzał więcéj żadnego zboczenia, źrenice wprawdzie rozszerzone, lecz tęczówka i rogówka oddziaływają należycie. Czas trwania narkozy całéj wynosił godzinę i 20 minut i nie był zakłócony wcale wymiotami. W pół godziny po ukończeniu zabiegu operacyjnego chory przyszedł w zupełności do siebie i rozbudziwszy się czuł się całkiem swobodnym nie doznając żadnych przypadów, które są zwyczajném następstwem każdéj niemal narkozy chloroformowéj.

Przypadek opisany zaliczyć należy do kategoryi tych, gdzie pierwsze objawy niebezpieczeństwa zwiastuje narząd oddechania i gdzie ruchy oddechowe znikają, zanim wygaśnie czynność serca. Mieliśmy więc niewątpliwie do czynienia z asfiksyją w okresie podniecenia chloroformowego, któréj obraz jednakowoż mniéj ostro zarysował się przez to, że twarz chorego była trupio-blada, a źrenice rozszerzone ad maximum. Ze zwiastunów, które pospolicie poprzedzają typową asfiksyję, jedynie płytkie i nieregularne oddechy pouczyły o zbliżającém się niebezpieczeństwie; okres podniecenia nie zaznaczył się bynajmniéj wystąpieniem skurczów lub stężenia mięśniowego i nie sprowadził zrazu żadnéj zmiany w spokojnych i prawidłowo dotąd głębokich ruchach oddechowych. Zboczenia podobne od typowego przebiegu asfiksyi nie należą przecież do rzadkości, jak wskazuje przypadek opisany przez Facilidesa (*Archiv der Heilkunde von Wagner*, 1872, I z.), gdzie w okresie podniecenia nagle ustały oddechy, tętno osłabło, twarz przybrala wejrzenie trupie, i w parę chwil późniéj chory żyć przestał. Kapeller (*Deutsche Chirurg.*, Lief. 20) wspomina zaś, że pewna część przypadków asfiksyi w niezupełnéj narkozie zbliża się tak dalece do przypadków synkopy, iż należy przypuścić pewne formy przejściowe, gdyż ścisłe rozdzielenie obu form powyższych w tych razach przeprowadzić się nie da. Bez względu na to, czy przypadek rzeczony uważać trzeba za asfiksyję czy też, mimo zboczeń najprzód w narządzie oddechowym występujących, za formę przejściową między asfiksyją a synkopą, cechującém jest to, że zatrważające objawy pojawiły się rychło w niezupełnéj jeszcze narkozie i to po użyciu niezbyt wielkiéj ilości chloroformu (50gr. mięszaniny chloroformowéj), stósowanego za pomocą koszyka Esmarcha, który poprzednio, jakoteż tegoż samego dnia jeszcze podawano bez niebezpieczeństwa dla narkotyzowanych. Wykluczywszy w naszym przypadku stanowczo działanie zbyt zgęszczonych par chloroformu (shock) lub zbyt silne wzruszenie umysłu, trudno oprzeć się téj myśli, że w ustroju chorego tkwiła pewnego rodzaju idiosynkrazyja do chloroformu, któréj pierwszy Robert przypisał pewne znaczenie, przyznane jéj również ze strony Billrotha. Podobnie jak inne organiczne lub nieorganiczne środki, że wymienię wyskok, morfin, kalomel, rtęć, atropin, naparstnicę, jodoform w normalnych stosowane dawkach sprowadzają niekiedy zatrucie lub groźne objawy dostrzegane zazwyczaj dopiero po użyciu ich w znacznie większéj ilości, tak też chloroform wprowadzony do krwi w skąpych tylko ilościach wywołuje częstokroć groźne zaburzenia, których oczekiwaćby należało dopiero po podaniu go w znacznéj obfitości. Przypuszczając działanie chloroformu na ośrodki oddechu i krążenia w rdzeniu przedłużonym się mieszczące, idiosynkrazyja jako taka nie tłumaczy nam sposobu, w jaki to działanie przychodzi do skutku, lecz wyjaśnia przynajmniéj w części przypadki podobne do naszego lub takie, gdzie ciężkie zaburzenia wystąpiły po użyciu kilku zaledwo gramów środka, którym bezkarnie posługujemy się innym razem w 10-kroć większych ilościach. Pewném jest, że z chwilą, gdy hypotezy co do sposobu działania chloroformu ustąpią miejsca pewnikom, znajdziemy środek rozwiązania ciemnych dzisiaj przypadków, lecz nawet wówczas idiosynkrazyja nie straci nic na swéj wadze, jeśli będzie pojmowana tylko w właściwém swém znaczeniu, jako łącznik, jako wartość pośrednia.

Przypadek nasz jeszcze i pod tym względem zasługuje na wzmiankę, że dzięki przedsięwziętym zabiegom ratunkowym udało się ocalić choremu wielce zagrożone życie. Czy okoliczność tę przypisać jedynie i wyłącznie temu, że pierwsze zaburzenia dotknęły ośrodków oddechania, podczas gdy ośrodki dla ruchów serca nierównie późniéj doznały upośledzenia w swych funkcyjach?

Nie da się zaprzeczyć, że wydalenie z ustroju zaburzającego środka drogą sztucznego oddechania najrychléj osiągnie skutek, jeśli popartém będzie skutecznie siłą krążenia choćby słabego lecz jeszcze się utrzymującego, które oswobadzając z jednéj strony ośrodki od wpływów zgubnie na nie działających, ożywia je, pobudza równocześnie przez zasilenie ich krwią lepiéj utlenioną i poprawioną w swym składzie. Z drugiéj strony jednak nie można się zgodzić zupełnie z twierdzeniem Bayera (*Prager med. Wochensch.*, 1885, Nr. 38, 39), iż w przypadkach synkopy, gdzie przeto przerwa w krążeniu poprzedza ustalenie ruchów oddechowych, sztuczne oddechanie ma tylko znaczenie odruchowego wzbudzenia czynności serca i dla tego pospolicie zawodzi. Wydalenie przynajmniéj części chloroformu z płuc przez wywołanie sztucznych oddechów i rozdzielenie się większe pozostałéj ilości nie może być bez znaczenia również w przypadkach synkopy a w pewnych razach nawet może wystarczy do rozbudzenia przytłumionéj już działalności ośrodków serca i oddechu. Jak mały zresztą wpływ wywiera bezpośrednie drażnienie serca, tam gdzie ośrodki straciły swą pobudliwość, dowodzą ujemne wyniki akupunktury i elektropunktury serca w przypadkach synkopy. Niemałéj wagi pod względem skutecznego ratunku jest również bezsprzecznie szybkość, z jaką następują zaburzenia oddechu i krążenia, na przebieg któréj nie bez wpływu zostaje zgęszczenie wdechanego chloroformu. Zwolna i śród dłuższych okresów postępujące znieczulenie przy pomocy mięszaniny chlo-

roformu z eterem i wyskokiem pozwala spostrzedz i ocenić zboczenia w tym czasie, gdy przerwanie narkozy i podjęcie zabiegów ratunkowych budzi jeszcze nadzieję powodzenia. Przeoczenie téj stanowczéj chwili wraz z dalszém nasycaniem krwi zgęszczonym chloroformem bezpowrotnie niweczy szanse ratunku tam, gdzie niewątpliwie istniała możność ocalenia. Z tych względów posługuje się prof. Mikulicz, podobnie jak i Billroth, wyłącznie mięszaniną chloroformu, stosując ją równie dobrze u dorosłych jak i u dzieci, jakotéż u chorych z wybitnemi wadami serca lub z zatruciem wyskokowém przewlekłém, podając czasem u tych ostatnich poprzednio morfin w formie wstrzykiwań. Wprawdzie uśpienie następuje wolniéj, a narkoza głęboka udaje się dopiero po użyciu sporéj ilości mięszaniny chloroformu, to przecież z drugiéj strony trzyma się, można powiedzieć, w ręku cały bieg i pojedyncze fazy narkozy i spostrzega się dość wcześnie groźne zaburzenia, aby przerywając narkozę z korzyścią jeszcze przeciw nim działać.

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

W ciągu trzechlecia, z którego zebraliśmy przypadki chorób ustroju nerwowego, znaleziono przy sekcyi wynaczynienie w jamie czaszkowéj 5 razy, którego ani razu nie rozpoznaliśmy za życia. W ogólności nie przypuszczaliśmy żadnego zboczenia w ośrodkach w 4ch przypadkach, pozostających wprawdzie przez bardzo krótki czas w obserwacyi, gdyż przyjętych prawie w stanie konającym, podczas gdy w 5tym rozpoznaliśmy wodoglowie ostre, które wprawdzie sekcyja stwierdziła, lecz nie przypuszczaliśmy równoczesnego istnienia wynaczynienia, gdyż objawy dały się w zupełności samą sprawą zapalną wytłumaczyć.

Przypadki te dotyczyły trzech chłopców i trzech dziewcząt w wieku: 1 przypadek 6 tygodni, 1 przypadek 7 tygodni, 1 przypadek 5 miesięcy, 1 przypadek 2 lata, 1 przypadek 11 lat. Co do pory roku, w któréj wystąpiły to w kwietniu 1, w lipcu 1, w październiku 1, w listopadzie 2. Co do siedziby wynaczynienia, to w 2ch razach znajdowało się w oponach miękkich ponad półkulą lewą, raz w splotach naczyniowych rogu tylnego komórki lewéj, raz w lewém *centrum semiovale* *Vieussenii* a raz na dolnéj powierzchni mostku Varola. Przypadki te są następujące:

1) Maryjanna Przcisówna, dziewczyna 6-tygodniowa, przyjęta 30 listopada 1879. Kościec prawidłowy, odżywienie mierne, gruczoły pachwinowe nieco przerosłe. Cera sinawa, ciepłota skóry obniżona. Z tyłu w obu dolnych płatach płuc oddech słabo słyszalny, ton wypukowy krótszy, powyżéj objawy rozległego nieżytu oskrzeli. Rozwolnienie trwające już dni 5, wypróżnienia żółte, wodniste, od kilku dni dziecię piersi chwytać nie chce, odżywienie sztuczne. Sinica rozwijała się coraz mocniéj a o godzinie 5 wieczorem nastąpiło zejście śmiertelne.

Sekcyja wykonana 2 grudnia 1879 wykazała: *Bronchitis, atelectases disseminat. Catarrhus subacutus intestini tenuis. Residua haemorrhagiae intermeningealis. Tumor cavernosus hepatis.* Między oponą twardą a miękkiemi po stronie lewéj ślady wynaczynienia w postaci masy brunatnéj cienki pokład tworzącéj jakotéż pokładu barwika żółtawego i różowego.

2) Józef Ziarko, chłopiec 7-tygodniowy, przyjęty 5 października 1881 z objawami przewlocznego nieżytu żołądka i jelit. 6 października dwukrotne wymioty po jedzeniu, stolców 8; c. w. 38·4, ciemię zapadłe, sinica, oddech przyspieszony, stękający. Odgłos wypukowy ponad podstawą płuca prawego stłumiono-bębenkowy, po lewéj z tyłu na wewnątrz łopatki stłumiony, oddech chuchający, trzeszczenia. 7 października rano sinica wzmaga się, tętno niewyczuwalne, wymioty i zapad ogólny. o godz. 10 rano umarł. Według podania matki rozpoczęło się rozwolnienie dopiero przed 2ma tygodniami, wymioty wystąpiły dopiero w dniach ostatnich. Drgawek, wykrzykiwań, zrywania się, śpiączki nie było.

Sekcyja wykonana 8 października 1881 wykazała: *Pneumonia lobularis et atelectasis disseminata bilateralis, praecipue loborum inferiorum. Bronchitis capillaris diffusa et oedema pulmonum. Enterocatarrhus chronicus c. hyperplasia gland. mesaraicarum. Hyperaemia meningum cerebri et cerebelli, Haemorrhagia capillaris circa pontem Varoli.* Zatoki oponowe krwią ciemną przepełnione, również żyły na powierzchni mózgu. Opony miękkie znacznie przekrwione i w drobniutkich naczyniach nastrzykane. Około mostu Varola i na dolnéj powierzchni móżdżku dość rozlegle wynaczynionki krwawe w tkaninie opon miękkich. Mózg znacznie przekrwiony w istocie korowéj i rdzeniowéj, różowawy. Na przekroju istoty rdzeniowéj bardzo liczne punkciki krwawe z przeciętych naczyń. Komórki mózgowe prawidłowych rozmiarów, wyściółka i sploty przekrwione. Treść komórek ciecz surowicza w miernéj ilości. Na wzmiankę zasługuje, iż otwór owalny między przedsionkami i przewód Botala otwarte.

3) Józefa Ziębówna, dziewczyna 5-miesięczna, źle odżywiona, przyjęta 27 lipca 1880 z przewłocznym nieżytem jelit. Ciemię zaklęśnięte, oddechanie powierzchowne, rozwolnienie częste treścią śluzową zielonéj barwy, członki zimne, zapad 28 lipca wypuk czczy i stłumiony w pasze prawéj i z tyłu po nad płatem dolnym płuca, trzeszczenia, oddech oskrzelowy. 12 sierpnia o godz. 4 rano umarła.

Sekcyja (wykonana 1 sierpnia 1880) wykazała: *Bronchopneumonia dextra sbsq. pleuritide exsudativa dextra. Enteritis chronica totius intestini, hyperplasia chronica glandular. mesaraicar. Infarctus uratici renum. Haemorrhagia plexus arachnoid. cornu posterior. ventriculi lateralis hemispherae sinistrae cerebri.* W rogu tylnym komórki bocznéj lewéj mózgu splot naczyniowy w kształcie ciała walcowatego jednostajnie krwią skrzepłą, ciemno-czerwoną nasiąkły wypełnia szczelnie jamę rogu. Przewód Botalla drożny, *foramen ovale* w kształcie wąskiéj szczeliny.

4) Władysław Kilian, chłopiec 2-letni, miernie odżywiony, przyjęty 15 listopada 1879, ze znacznym przerostem śledziony i rozpoczynającém się charłactwem zimniczém. 30 listopada zapada na ospę, któréj przebieg w niczém nie odróżniał się od innych przypadków. 4 grudnia zapad, zsinienie pęcherzyków a w południe chory umarł.

Sekcyja wykonana 6 grudnia wykazała: *variola vera in stadio florescentiae. Haemorrhagia intermeningealis supra convexitatem sinistrae cerebri hemisphcrae.* Po stronie lewéj ponad półkulą opona twarda w znacznéj rozległości brudnoczerwono zabarwiona, gładka, ani powierzchnia zewnętrzna ani wewnętrzna, która jest pokryta w znacznéj rozległości ciemno-czerwonym świeżym skrzepem krwi, nie okazują drzewkowatego nastrzyknięcia.

5) Michalina Ślusarczykówna, dziewczyna 11-letnia do-

brze odżywiona przyjęta 12 kwietnia 1879. Kościec prawidłowo zbudowany, wymiary jednak czaszki w stosunku do wieku i kadłuba za małe. Obwód czaszki wynosi $48\frac{1}{2}$ cm., wymiar prosty $16\frac{1}{2}$, poprzeczny 14 cm. przy obwodzie klatki piersiowéj 54 cm. a długości 116 cm. Na skórze zmian nie ma, gruczoły karkowe i pachwinowe macalne, nieco obrzękłe. Nad szczytem płuca lewego klatka piersiowa zapadnięta, śledziona powiększona, macalna, wątroba prawidłowa. — Brzuch ciastowaty, przy głębokim ucisku, zwłaszcza w okolicy kiszki ślepéj, bolesny, przyczém obecność kału stwierdzić można. Chora apatyczna, na pytania z trudnością tylko odpowiada, choć przytomność nie jest zniesiona. Wymiotuje często płynem zielonkowatym, a pomimo kilkakrotnego zażywania w domu olejku rącznikowego i stósowania lawatyw stolca nie miała. Przed pół rokiem miała chora podobnie zapaść, lecz po krótkim czasie odzyskała zdrowie i wtedy po wymiotach nastąpiły drgawki przerywane, jak to miało miejsce w przeddzień oddania choréj do szpitala. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy, czy niemi były wymioty czy też drgawki, dokładnie od rodziców dowiedzieć się nie można. Ciepłota wieczorna 37·4°C., tętno spokojne, regularne, brak apetytu. W sferze ruchowéj ani czuciowéj zboczeń nie ma. Śpiączka. 13 kwietnia trzy razy w ciągu dnia drgawki przerywane mięśni twarzy, gałek ocznych i odnóg górnych trwające do kwadransa. Wymioty treścią zielonkowatą. Bezłakność, stolców mimo podania lawatywy z olejkiem rącznikowym nie było. — 14 kwietnia: Stan ten sam, przytomność utrzymana, obok stałego zobojętnienia.—15 kwietnia: Wreszcie po użyciu kalomelu jeden zbity, czarnawy stolec. Dwukrotne wymioty. Mocz oddany dobrowolnie, oddziaływa kwaśno, jest ciemny, wysycony i zawiera znaczną ilość białka, chlorki prawidłowe. Kilkakrotne napady drgawek. Źrenice wąskie, reakcyja ich powolna. — 16 kwietnia: Wymioty i drgawki, zapad znaczniejszy, chora już nic nie odpowiada. Lewy kąt ust ściągnięty ku dołowi, prawa ręka nieco słabsza. Stolce po kalomelu, c. w. 38·8°C. — 17/4 drgawek ani wymiotów nie było, 5 stolców po kalomelu c. r. 38·4° Źrenica prawa szersza. Afazyja, lecz przytomność znaczniejsza, gdyż palcem wskazuje, żądając wody stojącéj obok łóżka. O godzinie 2 po południu drgawki jednorazowe wieczorem c. 38·9, obie źrenice znacznie rozszerzone. W obydwu płucach liczne drobne rzężenia. 18 kwietnia: Ciepł. r. 38·4. Chora leży całkiem bezprzytomna z półotwartemi powiekami, ciągły zez zbieżny, zgrzytanie zębami, oddech nieregularny, za dotknięciem skóry występują plamy Troussa natychmiast. Chwilowo zaczerwieniają się policzki i czoło. Silne drgawki dwukrotne, znacznie silniejsze i dłużéj trwające od poprzednich, bo przeszło godzinę. Wieczorem c. 38·4, wykrzykiwania przeraźliwe. 19 kwietnia: Od godziny 2 w nocy charczenie i drgawki ogólne, rano o 8 tor oddechowy Cheyne Stokesa, tętno niewyczuwalne, gałki oczne skierowane ku górze, spojówki nastrzykane, płatami śluzu pokryte. Porażeń odnóg nie ma, w tym stanie o godzinie 12 w południe umarła.

Sekcyja wykonana 21 kwietnia 1879 wykazała: *Haemorrhagia in centro semiovali Vieussenii hemispherae sinistrae, circa thalamum opticum. Hydrocephalus acutus minoris gradus, applanatio gyrorum convexitatis. Degeneratio caseosa glandular. bronchial. subsq. peribronchitide caseosa bilateralis sbq. tuberculosi acuta miliaris universali. Peritonitis chronica adhaesiva, ulcera tuberculosa ilei, hyperplasia incipiens et degeneratio caseosa glaudular. mesaraicarum.*

Z podanych powyżéj historyj chorób przychodzimy do przekonania, iż w tych razach, gdzie zauważymy wszystkie te przypady, które według autorów mają odpowiadać wynaczynieniu w jamie czaszkowéj, możemy rozpoznać u dziecka toż wynaczynienie nie rozstrzygając jednak stanowczo, czy znajduje się w oponach mózgowych czy téż w saméj istocie mózgu; że jednak z drugiéj strony brak przypadów tych wcale jeszcze możności wynaczynienia nie wyklucza. Widzimy bowiem, iż w przypadku naszym 1szym nie zauważono zgoła żadnych przypadów odpowiadających zajęciu mózgowia lub jego oponu, a choć wywiady mogły być niedokładnemi, gdyż w ubogiéj warstwie społeczeństwa nie wiele zwracają uwagi na zjawiska chorobowe dziecka, to jednak co się tyczy drgawek lub porażeń twierdzić można, że z pewnością nie uszłoby uwagi otaczających.

W przypadku 2gim zauważono wprawdzie wymioty, te jednakowoż nie były jednorazowemi, lecz pojawiały się często a odpowiadały dyspepsyi, na jaką dziecię cierpiało. — Innych przypadów mózgowych nie było.

W przypadkach 3cim i 4tym również nie było żadnych przypadów, w 5tym wreszcie obserwowanym przez nas dni 7 odpowiadał obraz chorobowy najprędzéj jeszcze gruźliczemu zapaleniu opon mózgowych tak pod względem wywiadów jak i przebiegu. Objawy ogniskowe odpowiadające w tym przypadku siedzibie choroby po stronie lewéj mózgowia wystąpiły dopiero na 4 dni przed śmiercią, podczas gdy wejrzenie i spójność skrzepu wynaczynionego pozwalały wnioskować o dłuższém jego istnieniu.

Tyle co do trudności rozpoznania, lecz w powyższych przypadkach zwróciły uwagę naszą jeszcze następujące okoliczności: drożność przewodu Botala znaleziona w przypadkach 2gim i 3cim i bardzo częste położenie ogniska wynaczynienia po stronie lewéj.

Wiadomém jest, iż przewód Botala znajdujemy drożnym w przypadkach niedokładnéj czynności płuc po urodzeniu. Otóż przez analogiję przypuścić można, iż drożność przewodu w powyższych przypadkach zależną była od niedodmy płuc a ta ostatnia od wynaczynienia w oponach powstałego jeszcze prawdopodobnie podczas porodu.

Na częste występowanie wynaczynień po stronie lewéj zwrócono już uwagę, a przypadki nasze w zupełności spostrzeżenie to potwierdzają. Wspomnieć tu jeszcze muszę o przypadku podanym w Przeglądzie Lekarskim Nr. 7 z r. 1883, w którym tak samo ognisko wynaczynienia znajdowało się po stronie lewéj mózgu. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z drugiéj seryi posiedzeń w sprawie cholery odbytych w Państwowym Urzędzie Zdrowia w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

Punkt ten stanowiły praktyczne wnioski co do zarządzeń, jakieby podjąć przeciwko cholerze wypadało.

Na początku rozpraw zabiera głos Koch zwracając uwagę, że zarządzenia te muszą w pierwszym rzędzie uwzględniać, iż zarazek wytwarza się w człowieku i że zawierają go odchody. Celem więc zniszczenia zarazka należy odchody zaraz mięszać z odpowiedniemi środkami odwietrzającemi. Zdaniem Kocha najodpowiedniejszym jest kwas karbolowy, a mianowicie 5% rozczyn jego, który dodany w równéj ilości do odchodów i wymiocin zupełnie jest wystarczającym do zniszczenia prątków cholerycznych.

Gdyby można odchody chorych na cholerę chwytać w naczynia i zaraz mięszać ze środkami odwietrzającemi, to zniszczenie zarazka byłoby prostém i pewném i bylibyśmy już pierwéj lepsze skutki co do odwietrzenia osiągnęli niż się to dotąd stało. — Ale każdy kto tylko miał do czynienia z cholerycznymi wie, iż tylko część odchodów dostaje się do właściwych naczyń a reszta na ziemię, łóżko, ubranie, ręce chorych i pielęgnujących, należy więc również odwietrzać wszystko to, co zetknęło się z odchodami cholerycznych lub zetknąć się mogło.

Powalaną bieliznę należy zaraz wkładać do 5% rozczynu kwasu karbolowego lub do innéj jakiéj cieczy odwietrzającéj. W tym właśnie celu inne środki odwietrzające byłyby odpowiedniejszemi niż kwas karbolowy dla woni, którą ten ostatni wydaje, bo przy bieliznie nie idzie o prędkie odwietrzanie. Można ją pozostawić dzień lub nawet dłużéj w cieczy odwietrzającéj zanim się ją da do prania a z tego powodu słabszych środków odwietrzających używać można. Ubranie, którego do cieczy odwietrzających włożyć nie można, pierzyny, materace itd., należy odwietrzać w osobnych przyrządach odwietrzających strumieniami pary o 100° C.

Przedmioty, których ani cieczami ani gorącą parą odwietrzać nie można np. meble, wozy itd. sądzi Koch, że należałoby od użycia przez dłuższy czas wykluczyć, pozostawić w miejscach wystawionych na wpływ wysuszający powietrza mniemając, że przyrzut w suchym stanie rychło obumiera.

Bardzo często, np. na wsiach, gdzie brak i środków i przyrządów odwietrzających najlepiéj wszelkie mniéj cenne przedmioty jak starą bieliznę, stare suknie, sienniki itd. spalić, cenniejsze zaś dłuższy czas wietrzyć.

Wietrzenie i suszenie, względnie za pomocą opalania i przewiewu, zdają się Kochowi być najodpowiedniejszemi do odwietrzania izb, w których leżą chorzy. Odwietrzanie gazowemi środkami, a przedewszystkiém siarkowanie tych przestrzeni, które dawniéj tak wielką rolę odgrywało, jest, jak nowsze doświadczenia co do działania gazowych środków odwietrzających uczą, niepewne a po większéj części nawet niepotrzebne.

Służbę i rodzinę pielęgnującą należy nakłaniać o ile można do częstego mycia rąk, niedotykania ust rękoma a po każdém powalaniu rąk odchodami lub przed jedzeniem należy ręce odwietrzać kwasem karbolowym lub rozczynem sublimatu. Nie należałoby dopuszczać, aby w pokojach, w których znajdują się chorzy na cholerę, jedzono, co jednak u ubogich często miewa miejsce.

Wszystkiemi jednak temi zarządzeniami nie uda się całkowicie zniszczyć zarazka, bo mogą te zarządzenia znaleźć zastosowanie jedynie w cięższych przypadkach, które do publicznéj wiadomości dochodzą nie zaś w lżejszych przypadkach diaryj cholerycznych niewymagających pomocy lekarskiéj, co do których nie robi się doniesień. A mimo to są one niebezpieczniejsze niż wybitne przypadki cholery, gdyż odchody w nich zawierają prątki choleryczne, gdy sami chorzy mogą zajmować się swemi interesami i stykać się z otoczeniem niedomyślającym się niebezpieczeństwa. Rzecz ma się tu z cholerą podobnie jak z innemi przenośnemi chorobami np. ospą, odrą, płonicą, w których chodzący chorzy najczęściéj chorobę zawlekają.

Gdy się tak rzeczy mają, mimo odwietrzania przyrzut przez odchody, bieliznę, mydliny dostaje się do strumieni, studni, na pokarmy lub też w inny sposób np. przez owady itd. zawleczonym zostaje. Aby o ile można i ztąd grożące niebezpieczeństwo zażegnać, wypada zastósować ogólne środki zaradcze zmierzające do usunięcia przyrzutu z pobliża ludzi a gdyby tego nie można ściśle przeprowadzić, zapobiedz wnikaniu przyrzutu do przewodu trawienia.

Pierwszemu z tych zadań najlepiéj zadość czyni zupełne usunięcie kału i pomyj z obrębu mieszkań. Gdy zaś rozchodzi się o usunięcie mydlin i pomyj ze wszystkich sposobów usuwania nieczystości na pierwszeństwo zasługuje kanalizacyja. Gdzie nie ma całkiem kanalizacyi, należy pilną zwracać uwagę obok usuwania kału na pomyje, mydliny a względnie osobno je odwietrzać.

Odwietrzania dołów itd. nie uważa Koch za konieczne, bo prątki choleryczne równie jak i inne prątki z wilgotnych środków nie dostają się bezpośrednio z wyziewami do mieszkań, jak to dawniéj przypuszczano. Jedyną drogą, po któréjby to nastać mogło, stanowi woda czerpana z gruntu, ale droga ta bywa przeciętą, jak zaraz o tém mowa będzie. Według dotychczasowych doświadczeń zresztą prątki w kale rychło obumierają i z tego więc także powodu nie potrzeba osobnego odwietrzania dołów.

Aby przeszkodzić dostawaniu się, mimo wszelkich ostrożności zawleczonego jadu, do przewodu pokarmowego, zkąd jedynie zarażenie jest możebne, należy się starać, aby wszelkie pokarmy, a mianowicie wodę, ochronić od zanieczyszczenia przyrzutem. To ostatnie osiągamy przez dobre wodociągi. — Co do pokarmów zaś należy czuwać nad targami, miejscami zakupna, w szczególności mleka. Skoro woda i pokarmy nie pochodzą z zupełnie pewnych źródeł, należy je gruntownie i kilkakrotnie gotować, zanim się je pożywa. Nawiasem mówiąc w Indyjach gotowanie wody dla wojska angielskiego bywa zalecane, z czego wynika, że teoryja Cuninghama w praktyce nie zupełnie bywa uznawaną. Pokonywanie cholery w jakiemś miejscu tém bywa trudniejsze, im daléj sięga rozszerzenie się choroby. Z tego powodu wysokie ma znaczenie wczesne wszelkich środków przygotowanie i natychmiastowe przy wybuchu zastosowanie. Wynika ztąd, jak wiele zależy, aby pierwsze przypadki odpowiednio rozpoznać. Na szczęście jesteśmy obecnie w stanie uczynić to wykazując prątki choleryczne. Po rozpoznaniu pierwszych przypadków i zastosowaniu ostrożném i energiczném zarządzeń niezawodnie uda się najczęściéj stłumić zarazę już w zawiązku. Aby to umożliwić, należy, aby wszyscy lekarze lub przynajmniéj dostateczna ich ilość nauczyli się wykazywać prątki choleryczne tak, aby wszędzie w jak najkrótszym czasie można cholerę rozpoznać.

Gdy w początku zdarzy się pojedynczy przypadek cholery lub kilka tylko, konieczną jest rzeczą odosobnić chorego, przenieść do osobnego szpitala i poddać dotychczasowe jego otoczenie obserwacyi lub gdzie to uczynić można pozostawić chorego w mieszkaniu a innych mieszkańców domu przenieść gdzie indziéj (ewakuować.) Na szczególne uwzględnienie w czasach cholery zasługują zebrania i przewozy większéj liczby ludzi. Pierwszych należałoby, ile można, unikać, drugie wymagają tak na okrętach jak na kolejach starannego nadzoru.

Jako konieczne uzupełnienie środków przeciw cholerze wypada w końcu przytoczyć pouczenie, ile można szczegółowe, wszystkich warstw ludności. — Należy zatém ludność pouczyć co do dyjety, unikania wszelkiego znoszenia się z chorymi na cholerę i z miejscami dotkniętemi cholerą, co do zachowania się przy pielęgnowaniu chorych na cholerę, o utrzymywaniu w czystości i odwietrzaniu rąk, o postępowaniu z powalanemi sukniami i bielizną, o niebezpieczeń-

stwie połączoném z przesyłką i praniem bielizny chorych, o środkach ochronnych pod względem wody do picia i pokarmów, o postępowaniu ze zwłokami zmarłych z cholery, i o wielu innych rzeczach, które pieczy pojedynczych osób pozostawione być muszą, lub co do których władze sanitarne pomocy publiczności potrzebują. Nie potrzeba wspominać, że w czasie cholery należy postarać się o dostateczną pomoc lekarską i o zasób leków. Nie mniéj ważną wydaje się być Kochowi rzeczą, postarać się o pomoc ze strony dobroczynności prywatnéj przekazując jéj dostarczanie posilnego a dobrego pożywienia dla klas uboższych w kuchniach tanich, a daléj zaopatrywanie chorych w bieliznę, łóżka itd., urządzanie szpitali w małych miejscowościach, które same nie byłyby w stanie uczynić tego.

Oto pobieżny przegląd zarządzeń, które Koch celem pokonania cholery za konieczne uważa.

Günther uprasza o objaśnienie, jak rozumieć niektóre ustępy co do środków zaradczych wskazanych w reskrypcie ministerstwa Państwa niemieckiego ze względu na cholerę, w szczególności jaką wodę za wodę dla zdrowia niebezpieczną poczytywać wypada.

Odpowiada Koch, że dotąd zwykle za podstawę do ocenienia, czy woda jest zdrową, poczytywano jéj chemiczne przymioty i uznawano wodę za złą, gdy pewne granice (wskaźniki) co do ilości składników były przekraczane. Obecnie samo badanie chemiczne nie będzie wystarczać, zwłaszcza gdy będzie szło o to, czy woda jest wolną od przyrzutów i czy nie należy się obawiać zanieczyszczenia wody przyrzutami. Ponieważ wszelkie przyrzuty, jakie dotąd poznaliśmy, należą do drobnotworów, ilość więc tychże w wodzie wielkiéj jest wagi przy ocenieniu wody. Chociaż bowiem nie uda się znaleźć w wodzie samych przyrzutów skąpo się znajdujących, to przecież znaczniejsza ilość drobnotworów świadczy, że do wody domięszały się dopływy, domieszki itd. rozkładowe i drobnotwory zawierające, wśród których obok wielu nieszkodliwych drobnotworów w pewnych okolicznościach znajdować się mogą także i chorobotwórcze. Nawet czysta, dobra woda źródlana lub studzienna albo woda pozbawiona przez cedzenie zawieszonych istot nie jest zupełnie wolną od prątków i grzybków. Te ostatnie sadowią się w rurach studzien i wodociągów i domięszują się do wody oczyszczonéj, ale są nieszkodliwe i stosunkowo nieliczne. Według dotychczasowych spostrzeżeń waha się ilość drobnotworów w dobrych wodach między 10 do 150 zarodków zdolnych do rozwoju w 1 sz. cm. Jeżeli ilość ta zostaje przekroczoną, zachodzi podejrzenie zanieczyszczenia wody. Gdy zaś ilość dochodzi do 1000 i więcéj zarodników w 1 sz. cm., to woda taka, zdaniem Kocha, nie powinna służyć za wodę do picia, przynajmniéj w czasie cholery. Rozumie się, że obrana przez Kocha liczba 1000 jest równie dowolną, jak były wskaźniki chemiczne i każdy według swych zapatrywań może sobie liczbę taką ustanowić.

Günther czyni jeszcze jedną uwagę. Wspomniany reskrypt ministeryjalny Państwa niemieckiego zalecał, aby w pewnych punktach lekarze ustanowieni wchodząc do przedziałów wagonów kolejowych jednym rzutem oka badali przejezdnych. Chorzy mieli być w naprzód przygotowanych przestrzeniach pomieszczani, powalane wagony od dalszéj drog i wyłączone i odwietrzane. Günther mniema, że celem wyśledzenia wybitnie chorych nie potrzeba takich oględzin, wskażą ich współpodróżni. Do rozpoznania zaś choroby u lekko chorych taki rzut oka nie wystarcza. Z uwagi, że zdarzyć się może, iż ciężko chory zostanie zatrzymany w pobliżu celu swéj drogi, gdzieby znalazł odpowiedniejszą opiekę aniżeli w przygotowanych szpitalach tymczasowych sądzi Günther, że stósowniéjby było zalecić służbie pociągowéj czuwanie nad podróżnymi z okolic, w których panuje cholera, czy nie pojawią się chorzy na biegunkę. W tym razie służba powinna wskazać wagony zanieczyszczone, aby je wstrzymać i zarządzić ich odwietrzanie a zawiadomić telegraficznie urząd miejscowości, do któréj się chory udaje, iż taki chory przybywa, aby nad nim rozciągnąć pieczę policyjną. Zdaniem Günthera przeciw oględzinom w mowie będącym przemawia i to, że na lekarzy w takich stacyjach powoływani bywają niemający wielkiego doświadczenia, którym nieraz zdawać się będzie coś, co nie istnieje.

Koch odpowiadając oświadcza, że propozycyję Günthera uważa za konieczną a to z następujących powodów. W czasie cholery niezawodnie zdarzy się, iż pośród podróżnych znajdą się dotknięci cholerą, czyż mamy ich własnemu losowi zostawić, bo jeden chory może cholerę zawlec. Tak samo jak odosabniamy pierwszych chorych, powinniśmy zatrzymywać i odosabniać na granicy każdy pojedynczy przypadek, jaki się pośród podróżnych zdarza. Chorego na cholerę już ze względu na wraz z nim jadących w wagonie pozostawiać nie możemy. W końcu i ze względu na samego chorego nie możemy go zostawić losowi, ale należy go pomieścić w odpowiedniém miejscu w opiece lekarskiéj. Rewizyje pociągów kolejowych są jednak przewidziane jedynie dla stacyj głównych, dla tego nie będą stanowić znacznego ograniczenia komunikacyi w téj myśli wykonywane, jak Koch wskazał i nie staną się ciężarem Państwa, które je zaprowadzi.

Zdaniem z kolei przemawiającego Pistora w mowie będący środek nie odniesie skutku. Podróżni I i II klasy sami o siebie dbają gdy są chorzy, nie wyczekują téż okresu zapadu lecz wysiadają gdy są słabi na najbliższéj stacyi a podróżni III i IV klasy z obawy nieprzyjemności przy rewizyi wysiadać będą na ostatniéj przed granicą stacyi i przedostawać się za granicę. Tak dzieje się w innych razach tak i w tym razie rzecz mieć się będzie.

Günther nadmienia jeszcze co do tego przedmiotu, iż mniema, że gdy ciężko chory jest w przedziale wagonu, to lepiéj kazać przesiąść się innym podróżnym, aniżeli jego ruszać. (Dok. n.)

Oser: **O nerwicach żołądka i ich leczeniu.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

Do drugiéj grupy należy: 1) Kurcz części wpustowéj żołądka. O kurczowém zamknięciu się wpustu żołądka przekonać się czasem można wśród wprowadzania miękkiego zgłębnika do żołądka, w téj chwili bowiem natrafia się na silny opór.

W takim razie najodpowiedniéj zaczekać kilka minut, poczém zgłębnik znów z łatwością daléj przechodzi. Chwilową przerwę w wypływie treści z żołądka przez miękki zgłębnik należy również odnieść do skurczu części wpustowéj żołądka. Kurczowe zamknięcie się wpustu żołądka jest czasem przyczyną pojawienia się bębnicy żołądka — i na odwrót nadmierne wypełnienie żołądka gazami wywołać może, zdaniem autora, kurcz wpustu w drodze odruchowéj. Jedno i drugie łączyć się może z uczuciem bólu lub gniecenia w żołądku. Wprowadzenie zgłębnika do żołądka przynosi w takim razie natychmiastową ulgę.

2) Kurcz odźwiernika jest przyrody odruchowéj. Autor spostrzegał kurcz odźwiernika w przypadkach wrzodu, usadowionego w części odźwiernikowéj. Dowodem istnienia

takiego kurczu była rozstrzeń żołądka, która wkrótce po zagojeniu się wrzodu ustąpiła. Wrzód odźwiernika wywołać tu musiał kurcz odźwiernika, podobnie jak *fissura ani* wywołuje odruchowo kurcz ździerągacza odbytnicy, skutkiem zaś stenozy odźwiernika, powstała rozstrzeń żołądka, która ustąpiła z ustąpieniem przyczyny, wywołującéj kurcz odźwiernika. Powodem kurczu żołądka może być także nadmiernie kwaśna treść żołądka i choroby nerwowe, jak macinnica lub neurastenia.

3) Skurcz żołądka toniczny *(gastrospasmus)*. Co do istnienia téj nerwicy ruchowéj nie mamy dostatecznych dowodów, a podczas gdy niektórzy autorowie zaprzeczają wprost istnieniu téjże utrzymują inni, że skurcz toniczny żołądka łączy się zawsze z bólem. Wprawdzie w przypadkach zwężenia odźwiernika można nieraz widzieć i czuć toniczny skurcz żołądka, skurcz jednak taki trwa tylko przez krótki czas i nie wywołuje żadnego bólu, ale tylko uczucie ściągania. To pewna, że największa część kurczów żołądkowych jest nerwicą czysto czuciową (gastralgia), a czy w poszczególnym przypadku istnieje równocześnie skurcz toniczny żołądka, trudno po dziś dzień rozstrzygnąć.

4) Niespokój ruchów robaczkowych *(peristaltische Unruhe)* opisał najprzód Kussmaul na podstawie dwóch przypadków przez siebie obserwowanych, w których widzieć można było przez powłoki brzuszne bardzo żywe ruchy robaczkowe całego żołądka zwłaszcza w czasie trawienia. Ruchy te przebiegały w kształcie fal od części wpustowéj żołądka ku odźwiernikowi. To spotęgowanie się ruchów robaczkowych żołądka tłumaczy Kussmaul podwyższoną pobudliwością ośrodków nerwowych, z których wychodzą pobudki dla ruchów robaczkowych żołądka. Oser natomiast skłonniejszym jest do szukania przyczyny mechanicznéj w celu wyjaśnienia niespokoju robaczkowego, a mianowicie dopatruje się jéj w zwężeniu odźwiernika, pochodzącém z jakiegokolwiekbądź powodu; spotęgowanie się bowiem ruchów robaczkowych żołądka ma być w takich razach sposobem do zwalczenia mechanicznéj przeszkody wynikłéj ze zwężenia odźwiernika. Przy téj sposobności wspomina autor także o niespokoju ruchów robaczkowych jelita, opisując kilka przypadków téj choroby. Chorzy skarżą się zazwyczaj na ciągłe odbijanie, na wzdęcie brzucha i częste odchodzenie gazów, przysłuch zaś wykazuje w różnych okolicach brzucha najróżnorodniejsze szmery zbliżone już to do metalicznych, grubobańkowych rzężeń, jużteż do szumu, gwizdów lub świstów. Przepłukiwanie żołądka, uregulowanie dyjety, faradyzowanie tłoczni brzusznéj i zabiegi hydroterapeutyczne świadczą w téj nerwicy ważną usługę.

5) Odbijanie nerwowe *(eructatio)*. W każdym żołądku znajduje się powietrze, którego całkowicie nie można wydobyć nawet za pomocą pompy. Dla tego téż odbijanie się powietrza leży po części w granicach fizyjologicznych. Im kto szybciéj jé i im mniéj dobrze żuje, tém większą ilością powietrza wypełnia żołądek, który skutkiem tego przedstawia się balonowato wzdętym. Oprócz gazów pochodzących z powietrza połkniętego wraz z pokarmami mogą w żołądku powstawać gazy skutkiem kiśnienia treści żołądkowéj. Gazy z żołądka bywają wypędzone najczęściéj przez skurcze żołądka, rzadziéj zaś przez działanie tłoczni brzusznéj lub silny wydech. Obfite i częste odbijanie się gazów przydarza się szczególnie u chorych na macinnicę. Odbijania trwają czasem bezprzestannie dzień i noc, albo téż występują w napadach kilkugodzinnych. Zdaniem autora może się dostać powietrze bez pokarmów do żołądka w dwojaki sposób. Przez dowolne podniesienie krtani dostaje się powietrze do górnéj części przełyku, a ztąd wpychają je mimowolne skurcze mięśni przełykowych do żołądka. Drugi sposób polega na aspirowaniu powietrza przez żołądek. Przy otwartym bowiem wpuście żołądka mogą spotęgowane ruchy żołądka, zwłaszcza skurcze mięśni podłużnych, wciągnąć powietrze z przełyku do wnętrza żołądka. Leczenie téj nerwicy ruchowéj żołądka jest nieraz bardzo trudne. Pompowanie powietrza z żołądka jest bezskutecznêm, wkrótce bowiem wypełnia się żołądek ponownie powietrzem. Zwrócenie uwagi na główną chorobę (macinnica) jest największéj doniosłości. Dobrze czasem działał bromek sodu, podawany po jedzeniu, roczyn Fowlera, *Extr. Belladonnae* lub atropin (po pół milligrama w pigułkach 2 razy dziennie). Opium i morfin nie miały żadnego wpływu na tę chorobę. Spokój umysłowy, kąpiele żelaziste i morskie, górskie powietrze i leczenie zimną wodą, sprowadziły nieraz znaczne polepszenie. (Dok. n.)

Prof. Doutrelepont: **O prątkach kiłowych**.

W roku zeszłym w końcu listopada ogłosił po raz pierwszy Lustgarten (*Wiener med. Wochenschrift*, Nr. 47), że we wrzodzie twardym kiłowym, jakoteż w guzach kiły trzeciorzędnéj znalazł charakterystyczne prątki, które uważa za swoiste dla kiły. Fürth i Mannaberg potwierdzili jego badania. Cornil, Alvarez i Tavel podali na posiedzeniu *Academie de Medecine* z dnia 4 sierpnia rb., że w łoju podnapletkowym i śluzie, wydzielanym przez części rodne zewnętrzne w stanie zupełnie prawidłowym znajdują się laseczniki odpowiadające zupełnie prątkom kiłowym Lustgartena.

Badania nad prątkami, wykrytemi przez Lustgartena, podjęte przez Doutreleponta, doprowadziły go do następującego wyniku. We wszystkich okresach kiły, we wszystkich jéj tworach, we wszystkich narządach napotyka się prątki, bardzo podobne do prątków gruźliczych i trądowych, różniące się jednak sposobem, w jaki się dają zabarwić. Prątki te, zdaniem Doutreleponta, należy może uważać za patogenetyczne, a to ze względu na stałość ich znajdowania się w tworach patologicznych kiłą wywołanych, i ze względu na analogiję, jaką przedstawiają z prątkami trądu i gruźlicy.

Cechy patognomoniczne odjęło tym lasecznikom odkrycie Cornila, Alvareza i Tavela, które Doutrelepont musi w zupełności potwierdzić. Również zachodzi w obecnéj chwili wątpliwość, czy nawet prątki, wykryte przez Lustgartena, w ogóle uważać należy za patogenetyczne, związek jakikolwiek z kiłą mające. Wątpliwości w tym względzie rozstrzygnąć mogą tylko hodowle, które dotąd się nie powiodły, i szczepienia czystemi prątkami z hodowli otrzymanemi, które, jak to samo z pierwszego wynika, dotąd były niemożebnemi. (*Allg. Wien. med. Ztg.*, 1885, Nr. 42). *Dr. Kopff.*

Dr. Koerner: **O dysfagii w chorobach gruczołów oskrzelowych**.

Z powodu ukrytego położenia rzadko kiedy jesteśmy w stanie choroby gruczołów oskrzelowych rozpoznać, tém mniéj, że tylko w niektórych razach sprawiają one choremu pewne dolegliwości. Prosty przerost lub zwapnienie ich czasem prowadzi do silnéj dysfagii i sonda w skutek ucisku przełyku z trudnością przezeń przejść może. W innych razach choroby gruczołów oskrzelowych wywołują zapalenia i ropnie w śródpiersiu lub w tkance otaczającéj przełyk w następstwie czego wytwarzają się późniéj zwężenia. Trzy przypadki takiéj dysfagii autor sam obserwował, a wiele innych przytacza ze spostrzeżeń innych autorów. U jednego

z tych chorych w skutek ropnia w gruczołach oskrzelowych wytworzyła się przetoka między przełykiem a tchawicą, potém się zagoiła tworząc zwężenie przełyku, które zmusiło chorego do używania sondy. Lecz i ta wkrótce nie mogła przejść przez przełyk, a chory wkrótce zmarł w skutek nowéj przetoki. Dwa inne przypadki co do przebiegu podobne były do pierwszego.

Co do rozpoznania zwężeń przełyku powstałych w skutek chorób gruczołów oskrzelowych podaje autor następujące uwagi. Jeżeli cierpienie takie przebiega przewlekle, to nigdy prawie nie możemy stanowczo wykluczyć raka przełyku, który na zwężeniu powstałém po ropniach w gruczołach oskrzelowych łatwo może się rozwinąć. Dysfagija w skutek ucisku przełyku przez tętniak tętnicy głównéj nie ma w sobie nic charakterystycznego. Z początku przełyk bywa przesunięty na jednę stronę, a dopiero wtedy bywa uciśnięty, jeżeli tętniak dojdzie do znacznéj wielkości. W tych jednak razach tętniak łatwo rozpoznać po właściwych mu objawach. Co się tyczy ropni opadowych to w początkach ropień taki nie uciska przełyku, jeżeli zaś jest bardzo wielki to i zmiany chorobowe w kręgach cechują się tak wybitnemi objawami, że łatwo przyczynę dysfagii wykryć. Nowotwory zaś w śródpiersiu przedniém dają się łatwo wypukiem stwierdzić, tylko możebném jest, że nowotwory tylnego śródpiersia mogą wywołać ucisk przełyku. Dysfagia w skutek zmian chorobowych w gruczołach oskrzelowych może występować w każdym wieku, tylko u dzieci i u młodych osób prawie zawsze możemy wykluczyć raka przełyku. Ponieważ wszelkie zmiany patologiczne w gruczołach oskrzelowych mogą prowadzić do dysfagii, należy więc zwracać szczególną uwagę na płuca, czy w nich nie znajdziemy czasem wskazówki, jak się zachowują gruczoły oskrzelowe. Baréty, Rilliet i Barthez twierdzą, że można rozpoznać wypukiem powiększenie gruczołów oskrzelowych przez stłumienie na trzonie mostka, a wysłuchem ma się obserwować wdech oskrzelowy — wielu jednak autorów i sam Koerner nie przyjmuje tego za objaw pewny. Ważną jest także okolicznością przy rozpoznaniu czas trwania dysfagii, ponieważ dysfagija w skutek zmian w gruczołach oskrzelowych trwa nieraz bardzo długo, czego przy raku nie bywa. Sama dysfagija nie jest bardzo uciążliwa, a rzadko kiedy bywa zupełna afagija. Jeżeli zaś ropień z gruczołów oskrzelowych przedostanie się do przełyku, to po zagojeniu się przetoki i dysfagija może zupełnie ustąpić. Sondując znajdujemy najczęściéj przeszkodę na wysokości rozdzielenia się tchawicy. (*Arch. f. klin. Med.* t. 37).

Dr. J. Surzycki.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie Tow. lek. krak. z d. 21 października 1885 r.
Przewodniczący koł. A. Rosner. Członków obecnych 15.

1. Kol. Trzebicki mówi „o stosunku litolapaksyi do cięcia kamienia“. W wykładzie tym prelegent rozbiera i zbija zarazem zarzuty podniesione przeciw litolapaksyi w ostatnich czasach, podnosi jéj zalety w odpowiednich przypadkach, poparte statystyką Thompsona i Dittla. (Rzecz ta drukowana była w *Medycynie*).

Kol. Obaliński przypomina w dyskusyi modyfikacyję podaną przez Antala z Budapesztu a polegającą na dokładném odsunięciu otrzewny z pęcherza ku górze i ścinaniu skośném brzegów rany pęcherzowéj, przez co otrzymuje się szersze stykające się z sobą powierzchnie ranne, umożebniające rychłozrost nawet w tak ciężkich przypadkach jak jego ostatni, w którym u wiekowego mężczyzny resekował $1/3$ część ścian pęcherza zajętych przybłoniakiem. W każdym razie szew rany pęcherzowéj nadłonowéj jakkolwiekby nie sprowadził rychłozrostu, chroni przez jakiś czas od zacieku moczowego, poczém obejmują tę role granulacyje tymczasem w ranie powstać mogące. O. poleca bardzo cięcie środkowe jako bardzo łatwe do wykonania, mało raniące a ostatecznie dozwalające przez bezkrwawe rozszerzanie szyi pęcherza (podobnie jak to czynili starzy w metodzie *cum apparatu magno*) wydobycie nawet większych kamieni, na poparcie czego przytacza własny przypadek, w którym u 10-letniego chłopca wydobył kamień wielkości kasztana. Gdyby kamień okazał się za dużym, można go przez ranę skruszyć (*lithotripsia perinealis Dolbeau*). — Kol. Mikulicz zgadza się zupełnie na zapatrywania prelegenta co do wyboru poszczególnych metod usuwania kamieni pęcherzowych. Cięcie jednak dolne uważa za odpowiednie tylko w celach dyjagnostycznych lub dla usunięcia nowotworów pęcherzowych nie zaś dla wydobycia kamienia. — Kol. Obaliński mniema, iż nie ulega kwestyi, że tak jak dzisiaj rzecz stoi, należy użyć litolapaksyi, jeżeli ona tylko jest możebną, gdzie jednak wskazaném będzie wycięcie kamienia, tam należałoby oddać pierwszeństwo metodzie najłagodniejszéj, za jaką uważa cięcie pośrodkowe. Absolutnie wskazaném ono będzie u dzieci; w przypadkach kamienia małego a bardzo twardego (szczawian w kształcie morwy); w obec zwężeń cewki moczowéj utrudniających przystęp do pęcherza, zresztą tam, gdzie stwierdzenia kamienia musianoby dokonać za pomocą „boutonnière“, jak to wykazał Thompson. *Dr. Dobruchowski.*

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 9 października 1885 r.

Obecni koledzy: prezes Matecki, Świderski, Koehler, Koszutski, Kapuściński, Dr. Wlazłowski z Pszczewa i sekretarz; goście: panowie Dr. Jankowski i Drobnik.

W rozprawie nad chorobami nagminnie panującemi kol. Koszutski zauważa, że zapalenia gardła w najrozmaitszych występują postaciach. Ponownie przekonywał się także, że dyfteryja, pomimo powikłań, ustępuje pod wpływem sposobu leczenia przez kol. K. swego czasu poleconego. — Kol. Świderski leczy także pomiędzy dziećmi na pensyjach dużo przypadków zapaleń gardła, które ustępują lekkim środkom. — Kol. Wlazłowski podnosi, że już w ciągu kilku lat obserwuje w swojéj okolicy epidemiję dyfteryi, która zawsze mniéj lub więcéj w tym samym występuje czasie, a obecnie pojawiła się około 20 września i to umieszczając się w połyku, na migdałkach i w nosie. Ponieważ od lat 15 w ogóle, a w szczególności w okolicy Pszczewa, nie uważano zimnicy, przeto kol. W. zniknięcie jednéj choroby a pojawienie się drugiéj przypisuje zmianie uprawy ziemi przypuszczając, że przez drenowanie łąk i spuszczanie stawów straciły grzybki zimnicze podstawę bytu, podczas gdy mikroorganizmy dyfteryjne zyskały łatwość rozwijania się. Co do metody stosowania kalomelu nie przekonał się o skuteczności tegoż i sądzi, że proste przepłukiwanie słoną wodą w wielu razach prawdziwéj dyfteryi także pomódz może: zwykle zaś używa salicylanu sodowego 4:100 do płukania. Dowodu zaś, że w tych przypadkach miał do czynienia nie z czém inném tylko z dyfteryją, upatruje w tém, że nieraz po 9ciu dniach pozostawały jeszcze złogi dyfteryjne.

Kol. Koehler odczytał rzecz pod tytułem: Febra sienna według własnych spostrzeżeń, w któréj to pracy dawszy pogląd na istotę choroby przytoczył kilka przypadków rzadkiéj téj choroby przez siebie spostrzeganych. (Praca ta została ogłoszoną w Przeglądzie Lekarskim).

W rozprawie zabiera głos kol. Świderski: dychawica sienna bardzo często występuje na łęgach noteckich, a w przypadkach, które miał sposobność widzieć, uderzała nadzwyczajna czerwoność przełyku. — Kol. Wicherkiewicz od wielu lat uważa, że w czasie sianobrania jakoteż kwitnięcia zboża występują liczne bardzo zapalenia spojówek, uchodzące zazwyczaj za kataralne, a odznaczające się przedewszystkiém znaczném przekrwieniem przeważnie spojówki gałki i to w częściach od-

krytych pomiędzy powiekami, przytém wydzielina mniéj więcéj obfita, ropiasto śluzowa, a nadto dość silne wydzielenie błon śluzowych nosa; z tego możnaby wnosić, że to cierpienie spojówki podobnym wywołane jest wpływem co i febra sienna. Czy, jak to prelegent sądzi, pyłek kwiecisty siana i zboża wywołuje te objawy, nie śmie rozstrzygać, zwracając jednak na to uwagę, że według Eulenburga ma chorobę sienną wywoływać, ulatnianie się eterycznych cząstek licznych rodzai koniczyny, głównie zaś ulatnianie się pierwiastka tychże zwanego kumarynem. Na uwagę zasługuje i ta okoliczność, że namok siana, według doświadczeń Sattlera, Hippla i innych, wywołuje na spojówce objawy podobne do tych, które pod wpływem namoku ziarn jekwirytycznych spostrzegano, a które starano się wyzyskać celem leczenia jaglicy, tylko że objawy u tamtego nie są tak silne, jak u tego środka. — Kol. Wlazłowski podaje, że dychawica występuje głównie w czerwcu, zdaje się więc, że na jéj powstanie oddziaływają wpływy przez prelegenta poruszone. — Kol. Koszutski mniema, że przeważną rolę gra tkliwość osobliwa i przypuszcza, że chorobę sienną wywołuje *anthoxanthum odoratum*. — Kol. Koehler odpowiadając na uwagi poprzednie podnosi, że według Blackleya, który największe ma pod tym względem doświadczenia, przedewszystkiém kwiat zboża i trawy wywoływać ma rzeczoną chorobę, lubo w Ameryce także i piolun o to jest obwinianym. Daléj tłumaczy dychawicę, która powstaje ze zmożenia się dolnéj muszli. Silniejsze naprężenie wywołuje tutaj nacisk silny na nerwy, a ten w dalszém następstwie rozmaite objawy w odległych nawet częściach ustroju. Już nieżyt sam przez się może zrodzić dychawicę, która stanie się jeszcze silniejszą, gdy do nieżytu przystąpi podrażnienie. — Kol. Wlazłowski wspomina o swojéj tkliwości osobliwéj dla jagód leśnych, które, lubo je znosił jako dziecko, późniéj zawsze wywoływały przykre objawy, jakoto: zawrót, gorączkę, strzykanie w mięśniach i palenie w otworze odchodowym. Raz nawet nalewka z jagód czerwonych stała się powodem dość silnego rozchorowania się kol. W., lubo pokrzywka sama nie wystąpiła.

Kol. Koehler okazuje kamyczek, składający się głównie z fosforanu wapna ważący 85cgr. a wyjęty z dolnéj części nosa.

Dr. Wicherkiewicz.

V. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Czém są i jak się przedstawiają bazary wschodnie? to po części wiadomo nam z opowiadań turystów. Pomimo ciekawych wyrobów i cennych szczegółów, jakie w sobie zawierają, dla hygijenisty ukazują się one w szacie wydatnie odmiennéj, którą tylko należy unieść, aby się zapewnić, jak im wiele nie dostaje do odpowiedzenia najzwyklejszym warunkom hygijenicznym. Wyróżniającą cechą bazarów perskich w porównaniu z tureckiemi, indyjskiemi lub arabskiemi, jest to uderzający w pierwszych nieład w ugrupowaniu przedmiotów wystawionych na sprzedaż, a także i brak podziału między rozmaitemi rodzajami rzemieślników nieznajdujących najmniejszéj trudności w wybieraniu sobie dowolnych stanowisk w bazarze. Już ta jedna okoliczność odejmuje perskim bazarom pewien rodzaj powabu, jaki spotykamy w innych podobnych miejscach, gdzie sięześrodkowuje przemysł i handel miejscowy. Bazary perskie są to wąskie lecz długie ulice, prawie zawsze przykryte sklepionym sufitem, a tylko niekiedy rogóżką, lub kawałkiem staréj tkaniny, unoszących się nad obustronnemi rzędami sklepów lub bud, ciasnych, ciemnych, wąskich, opatrzonych w drewniane na zawiasach spoczywające odrzwia, zbudowanych zwykle z niewypalonéj cegły lub tylko zlepionych z gliny i cienkich, łomkich deszczułek. W takichto zbyt szczupłych przestrzeniach, otrzymujących światło tylko z ulicy, właściciel roztasowuje cały swój zasób. Stosy towarów wypełniają każdą piędź podobnego sklepu, w którego środku usadowiony na wytartym dywaniku handlarz, z braku przestrzeni pozbawiony wolności ruchów, siedzi w skurczonéj pozycyi dzień cały, posługując się tylko rękami do wydobycia tego lub owego towaru, co także nie odbywa się z potrzebną łatwością. To nam tłumaczy ową niechęć wschodnich handlarzy, jaką okazują, gdy żądamy pokazania rzeczy wystawionych na sprzedaż. Po prostu i z wrodzonego lenistwa nie chce się sprzedającemu ruszyć z miejsca i zmienić pozycyję, aby zadowolić ciekawość przechodnia. Dość już że zadał sobie pracę urządzenia swéj budy, a wybór przedmiotu pozostawia się już ruchom samego kupującego.

Środkiem bazarowéj ulicy płynie tradycyjnego znaczenia kanał, do którego ściekają nieczystości pochodzące tak z samych bud handlarskich, częstych kuchni, jak również i z wychodków porozrzucanych tu i owdzie. Do tak zamkniętych przestrzeni promień słońca przedostaje się tu dzięki istniejącym gdzieniegdzie rozpadlinom w sklepieniu lub dziurom w użytéj do przykrycia płachcie. Więc téż zimna wilgoć zdradzająca się swym przenikającym odorem jest tu wiecznie trwałą. Dodać wypada i nieporządek w rozkładzie sklepików. Bo jeżeli obok handlującego jedwabiami usadowi się rzeźnik, przy nim miejscowy mydlarz i cukiernik, i daléj gdy obok złotnika zajmie stanowisko kucharz, przy tym garbarz itp., łatwo można sobie zdać sprawę, jak podobne sąsiedztwo wpływa na utrzymanie czystości ulicy bazarowéj. To téż nic bardziéj wstrętnego jak postać téj ostatniéj, wypełnionéj odpadkami z kuchni, resztkami jarzyn, nieraz szkieletami spożytego jagnięcia, a zawsze tém wszystkiém, co w ciągu całego dnia nagromadzi się u handlujących bakalijami, rybami, nabiałem i jego produktami. Bazary takie będąc zarazem i ulicą przechodniąześrodkowują tutaj zawsze znaczny ruch trwający od wschodu słońca aż do godziny 5éj popołudniu. Cechą jednak podobnego krążenia ludności jest nie zauważany gdzieindziej na wschodzie bardzo prędki chód. Wszystko tu z wyjątkiem obojętnych handlarzy zdaje się pozostawać pod wpływem jakiegoś bodźca, zmuszającego do corychlejszego skończenia swych czynności i do najspieszniejszego opuszczenia bazaru. Łatwo odgadnąć przyczynę podobnego pośpiechu, leżącą nie w czém inném, jak tylko w charakterystycznych wyziewach, jakie się tu wytwarzają, zanieczyszczając sobą i tak nieznaczny zasób powietrza bazarów. W takichto warunkach stale pozostaje handlujący, a częściowo i ci, co mają potrzebę przepędzenia pewnego czasu w perskim bazarze. Przechodzący bywa narażony na zepchnięcie w rynsztok, na ocieranie się raz z brudnym wieśniakiem, z jego osiołkiem, z pędzącym posłańcem, zakapturzoną kobietą lub dla uniknięcia jeszcze większéj nieprzyjemności wyniknąć mogącéj ze spotkania się z jakimś zawadyjackim kawalerzystą, być zmuszonym wcisnąć się pomiędzy miedziane naczynia wypełnione masłem, oliwą, miodem itd. i temi zaznaczyć na odzieży swe przejście przez perski bazar. Wreszcie ostatnią nieprzyjemnością, jaką się wynosi z podobnéj przechadzki, jest znajdowanie na odzieży tych czarno prątkowanych żyjątek, niewymagających do swego odszukania ani drobnowidu, ani preparatów barwikowych. Istotki te znalazłszy się na terenie sobie niewłaściwym, jakby z obawy trzymają się jednego stanowiska, mszcząc się za swe poturbowanie z całym wschodnim fanatyzmem.

Tak przedstawione bazary perskie sąto tylko miejsca drobnego handlu. Interesa bowiem na wielką skalę prowadzą

się w tak zwanych karawan-serajach, gdzie też zwykła przesiadywać i *haute finance* miejscowa. Sytuacyja tych budowli, jakkolwiek pozostających w ciągłym stosunku z ulicami bazarowemi, jest znacznie wygodniejszą. Są one zwykle czworokątne, często dwupiętrowe, z dużym przestronnym dziedzińcem, którego środek zajmuje duży ocembrowany zbiornik na wodę, używany do wszystkich wschodnich potrzeb. Woda do podobnego zbiornika bywa doprowadzona drogą złéj kanalizacyi z domów lub z ulicy bazarowéj. Przepłynąwszy więc przez rozmaite warstwy gruntu, dochodzi do zbiornika będąc już dostatecznie zanieczyszczoną. Zdaniem jednak perskich uczonych woda tylko w głębszych swych warstwach bywa zanieczyszczoną. To też i w zbiornikach czyto domowych, czy publicznych, woda bywa odnawianą tylko co parę tygodni, co też i wystarcza do zapewnienia się o jéj jakości nieodpowiedniéj choćby tylko do wypełnienia Nargilleh i posługiwania się nią do oczyszczenia dymu tytuniowego. W przekonaniu, że zasób wody wszystkiemu zapobiega, perski zamożny kupiec przy niéj się ustala. I wtedy siedziba jego czynności jest przestronną, sklep bywa oszklony i obszerniejszy od bazarowych, a otwarty dziedziniec pozwala na łatwą odnowę powietrza i utrzymania większéj stosunkowo czystości. To też gdy się porówna kupca ze wspomnianego karawan seraju z jego sąsiadem z budy bazarowéj, odrazu wydatną można znaleźć różnicę w wyrazie i cerze twarzy, dowodzących, że gdzie nie brak powietrza, to tam choćby nawet nie uprzątano przysłowiowych brudów, to jeszcze działanie ich nie okaże się tak szkodliwém, jak to koniecznie musi mieć miejsce w przestrzeniach wąskich i ciasnych bazarów tutejszych.

W pewnych warstwach ludności wschodniéj istnieje przekonanie, że łatwiéj obejść się bez bielizny i odzieży niż być pozbawionym kąpieli w łaźni. Do podobnego twierdzenia wypada jeszcze dodać obowiązek częstego obmywania się, przepisany zakonem. Ztąd też prócz codziennych ablucyj prawowierny Szeita perski winien bezwarunkowo raz na tydzień, i to koniecznie we czwartek, wykąpać się w łaźni, aby być czystym na tak zwaną noc piątkową (dżuma, gedżessi), w któréjto podług persko-arabskich prawodawców najpewniéj miewa miejsce zapłodnienie kobiety. Jużtéż choćby tylko dla tego warto chodzić do łaźni. Niemniéj po każdorazowém nocném zmazaniu się, uważaném za dzieło psotnika-szajtana, łaźnia jest niezbędną. Nic się nie da zarzucić podobnym zwyczajom, gdyby tylko łaźnia perska odpowiadała swemu celowi, t. j. gdyby oczyszczała, zamiast brudzić tylko. Tegoto właśnie nie znajdujemy w łaźniach tutejszych, będących gorzéj niż parodyją podobnych zakładów publicznych w Turcyi lub Arabii. Jeżeli tam łaźnia zdumiewa swą monumentalną postacią i sposobami brania kąpieli parowéj zachęca do jéj odwiedzenia, przypominając niejako grecko-rzymskie wygody, to tutaj kwestyja ta przedstawia się w postaci zupełnie odmiennéj. Nic bowiem brudniejszego nad łaźnię perską. Stosownie do przepisów religijnych urządzona w podziemnéj pieczarze, do któréj schodzi się po kilkunastu stopniach, łaźnia tutejsza posiada na pewnéj ograniczonéj przestrzeni zbiornik wody, niemającéj wcale odpływu, odnawianéj bardzo rzadko i jedynie w skutek usilnych nalegań jakiegoś bardziéj dystyngowanego gościa. W takichto zbiornikach wody zaledwie letniéj każdy z przychodzących winien najprzód odbyć pierwszą operacyję łaźniową, obmyć się w zbiorniku o tyle, o ile na to pozwala jego drażliwość, i dopiero późniéj przyniesioną w glinianém naczyniu wodą gorącą oczyścić się należycie. Woda użyta do obmywań ścieka na nowo do wspólnego zbiornika. Nowo przybyły posługuje się nią daléj, w przekonaniu, że jest świeżą, bacząc tylko na to, aby ją brać z górnych warstw, które podług przekonań ludowych zawsze są czyste. Do takiéjto łaźni, gdzie łatwiéj można uczuć dreszcze niż wywołać poty, wszystko uczęszcza. Zwyczaju przynoszenia z sobą bielizny kąpielowéj tutaj nie ma. Prosty gruby ręcznik tak zwany Pesztymał bywa podawany kilkakrotnie, zawsze jednak suchy, bo wywieszany po każdorazowém użyciu na zewnętrznych ścianach łaźni. Rzecz zrozumiała, że jeżeli podobny sposób brania kąpieli, choć z trudnością ale zawsze przecież usunie jakąś warstwę nagromadzonego w ciągu tygodnia brudu, to z drugiéj strony stanowczo naraża na łatwe nabycie chorób skórnych lub nawet zakaźnych, w skutek posługiwania się najprzód nieodmienianą wodą, a daléj i ręcznika odnawianego tylko w razie zdarcia się. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 15—21 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 37,2. Z odry umarło 5 (2 z. t.); z płonicy 0 (2 z. t.); z błonicy 4 (0 z. t.); z duru brzusznego 2 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 5 przypadkach odry, 1 płonicy. W tygodniu od 8—14 listopada umarło z ospy: w Warszawie 6, w Mnichowie 2, w Wiedniu 17, w Budapeszcie 8, w Pradze 7, w Rzymie 2, w Wenecyi 13, w Zurychu 1, w Paryżu 4, w Londynie 1, Liwerpolu 3, w Petersburgu i Odesie po 1. Z duru osutkowego umarło w Warszawie i Lipsku po 1. Z duru brzusznego umarło Paryżu 14. Z odry umarło w Królewcu 48, w Paryżu 17, w Londynie 51. Z płonicy umarło w Berlinie 13, w Londynie 19, w Petersburgu 15. Z błonicy umarło: w Berlinie 33, w Dreźnie 11, w Hamburgu 12, w Lipsku 9, w Wiedniu 14, w Paryżu 22, w Londynie 35, w Warszawie 13, w Chrystyjanii 12.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 8—14 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 22,5; w Warszawie 28,8; w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 25,7; w Budapeszcie 25,9; w Pradze 27,7; w Berlinie 27,9; w Hamburgu 25,4; w Gdańsku 28,2; w Mnichowie 32,9; w Lipsku 23,1; w Dreźnie 25,0; w Amsterdamie 22,0; w Bazylei 15,8; w Brukseli 24,8; w Chrystyjanii 20,3; w Genewie 21,1; w Kopenhadze 21,3; w Londynie 19,6; w Odesie 32,1; w Paryżu 20,0; w Petersburgu 24,3; w Rzymie 23,4; w Stokholmie 22,4; w Wenecyi 31,9; w Zurychu 17,8. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 grudnia. Na posiedzeniu w d. 28 listopada odbytém Wydział lekarski mianował Dra Rudolfa Trzebickiego asystentem przy klinice chirurgicznéj na dalsze dwa lata, a Dra Romana Sondermayera elewem w téjże klinice na rok jeden.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego krak. odbyła się ożywiona dyskusyja nad resekcyją wola, w któréj wzięli udział proff. Obaliński, Korczyński, Cybulski, Rosner i Drowie Pieniążek, Warschauer, Gluziński i Prus, a wreszcie prof. Mikulicz.

* Ostatnie posiedzenie Tow. lek. wiedeńskiego odbyło się w zakładzie prof. Strickera, który przedstawił naprzód krzywe kymograficzne za pomocą mikroskopu elektrycznego, następnie rozmaite preparaty drobnowidowe, a wreszcie przedstawił nowy sposób mikroskopowania w świetle wpadającém, podając, że na ten sposób badania miał sobie zwróconą uwagę przez prof. Wróblewskiego w Krakowie i że odtąd posługuje się nim z wielką korzyścią. Mamy nadzieję, że prof. Wróblewski niezadługo w zakładzie swoim, który właśnie w tym kierunku urządza, ten sposób badania przedstawi Tow. lekarskiemu naszemu.

* Z Wiednia wyjechali na widownię walki serbsko bulgarskiéj prof. Mossetig z dwoma asystentami, docent Wittelshöfer, Dr. Bum; lekarze wojskowi: Gschirtachl, Hubi-

cki, Kowalski, Fränkl, Fillenbaum, Snuller, Cippl i Pawlecka. Lekarz sztabowy serbski Dr. Versović znalazł śmierć od rannego Bułgara śród opatrywania rannych. Według listu Dra Maydla z Belgradu znajduje się obecnie w stolicy serbskiéj 1800 rannych, w Niżu 800, a w Kragujevaću 500.

* **Praga czeska** d. 30 listopada. Na dzisiejszém posiedzeniu Spolku lekařův českých demonstrował 1) Dr. Prokeš dziesięciomiesięczne dziecię z *Ectopia vesicae urinariae* i defektem kości łonowych. Następnie 2) Dr. Obrzut okazał preparat *Myoma striocellulare cordis* u dziesięciodniowego dziecka, które bez bliższego rozpoznania umarło wśród znacznéj sinicy. Nowotwór wychodził z komory lewéj jako guz wielkości kurzego jaja pokryty warstwą sercową osierdzia, która bez wyraźnéj granicy przechodziła na nowotwór. Badanie mikroskopowe wykazało budowę drobnojamistą, przetwory wolne odpowiadały rozszerzonym naczyniom, podścielisko składało się częścią z włókien mięsnych z prążkowaniem wyraźném, częścią z tkanki tłuszczowéj, w któréj znajdowały się komórki wrzecionowate prążkowane. Jestto dopiero 4 przypadek znany w literaturze nowotworów tego rodzaju wychodzących z serca. Pierwszy ogłosił Recklinghausen w r. 1862, drugi Virchow w r. 1864, trzeci Virchow i Kantzow w r. 1866. Nowotwór po stwardnieniu w alkoholu zbada przedstawiający jeszcze dokładniéj mikroskopowo. Wreszcie 3) Doc. Dr. Michl mówił o obecnym stanie nauki o resekcyi żołądka.

Dr. Obrzut.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Marburg.** Dr. Karol Roser habilitował się jako docent chirurgii. — **Fryburg.** Dr. Kast mianowany został nadzw. profesorem medycyny wewnętrznéj. — **Amsterdam.** Dr. van Haaren-Noman mianowany został prof. chorób skórnych i kiłowych. — **Wiedeń.** Na ostatniem posiedzeniu Wydziału przedstawiony został do nominacyi profesorem nadzwyczajnym doc. chemii i higijeny Dr. Kratschmer oraz zgodzono się na habilitacyje doktorów Bocka (z okulistyki) i Kassowitza (z pedyjatryi).

* **Nekrologija.** W Królewcu umarł nadzw. prof. Dr. Ernest Burow (syn prof. Augusta B. zmarłego w r. 1874). — W Petersburgu umarł w 67 r. życia Dr. Minn, b. prof. med. sądowéj w Moskwie, tłumacz anatomii patologicznéj Rokitanskiego, ale zarazem i dzieł Dantego, Szekspira i Schillera na język rosyjski.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 48: Meyersona: O przewlekłym nieżycie nosa i zboczeniach nerwowych w związku z nim będących. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 48: Ołtuszewskiego: Koordynacyjny skurcz głośni; Florkiewicza: Dwa przypadki promienicy (dok.).

Redakcyja otrzymała:

GLUZIŃSKI i JAWORSKI: Methode f. d. klin. Prüfung u. Diagnose der Störungen in d. Verdaungsfunktion. (Odbitka z „Berl. klin. Woch.“) in 8vo str. 4.

Dr. DUNIN (w Warszawie): Anatomische Veränderungen in den Lungen bei deren Compression. (Osobna odbitka z „Archiwu Virchowa“) in 8vo str. 22.

Tenże: Anatomische-Untersuchungen über Nierenentzüdung u. Morbus Brightii. (Osobna odbitka z „Archiwu Virchowa“) in 8vo str. 54.

Dr. A. SCHOTT: Zur Therapie der chronischen Herzkrankheiten. (Odbitka z „Berl. klin. Woch.“) in 8vo str. 35.

Piśmiennictwo lekarskie. COHN H. Tageslicht-Messungen in Schulen. (S.-A.) gr. 8. Wiesbaden, Bergmann. M. — 80.

COHNHEIMS J. Gesammelte Abhandlungen. Hrsg. v. Wagner. M. 8. Taf. u. 1 Portr. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 20.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtor arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech. Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 12 grudnia 1885. № 50. Rok XXIV.

I. Trzecia seryja laparotomij dokonanych z powodu niedrożności jelit.

Podał prof. Dr. Obaliński.

Umieszczając w łamach *Gazety Lekarskiéj* (1885, Nr. 27) drugą seryję tych laparotomij, obejmującą cztery przypadki, oświadczyłem, że do pierwszéj zaliczam tych 7 przypadków, które poprzednio znalazły umieszczenie w *Przeglądzie Lekarskim* (1884, Nr. 49 i 50 i z r. 1885, Nr. 5) i jeden przypadek ogłoszony w *Medycynie* (1885, Nr. 16, Obs. II); z czego wynika, że obydwie dotąd ogłoszone seryje obejmują dwanaście przypadków. Równocześnie z drugą seryją umieściłem w *Przeglądzie Lek.* (1885, Nr. 25) trzynasty przypadek, a obecnie podając do wiadomości ostatnich siedm moich spostrzeżeń doprowadzam sumę tychże do wcale poważnéj cyfry dwudziestu, uprawniającéj mnie do pewnych ogólnych uwag na własném doświadczeniu opartych.

Przypadek 14. Sara N., lat 18 licząca, przyniesiona na oddział d. 29 lipca b. r. w stanie bardzo rozpaczliwym, albowiem z objawami wyraźnego zapadu jak: upadkiem sił, bladością skóry, potem zimnym na twarzy, zapadnięciem gałek ocznych w oczodoły, tętnem nitkowatém. Gdy wywiady wykazały, że chora doznaje bólów w brzuchu, nudności i wymiotów, że od trzech dni nie miała stolca, pomimo licznych środków przeczyszczających tak wewnętrznie, jak i przez odbytnicę stósowanych, gdy nadto stwierdzono jednostajne przy dotyku bolesne wzdęcie brzucha, bez wyraźnego jakiegoś w jedném miejscu ograniczonego oporu, przystąpiłem do cięcia dyjagnostycznego rozpoznając na pewne tylko zapalenie otrzewny bez możności wykazania właściwéj jéj przyczyny. Po otwarciu jamy brzusznéj pokazały się jelita miernie rozdęte, silnie zaczerwienione i ze sobą w licznych miejscach wypociną włóknikową posklejane a między niemi trochę płynu brudnego, wybitnie kałem cuchnącego. W celu odszukania otworu od przebicia jelita pochodzącego wsunąłem rękę w okolicę kątnicy, gdzie zaraz odkryłem przebity wyrostek robaczkowy, a w nim jeszcze tkwiący koprolit wielkości pestki śliwki, który najprzód owrzodzenie a następnie i przebicie ściany sprowadził. Wyrostek po podwiązaniu go jedwabiem odciąłem i jamę brzuszną po przepłukaniu jéj 3% ogrzaną wodą borową i wymaczaniu gąbkami czémprędzéj zaszyto, gdyż tętno stawało się coraz słabszém. Słabło ono też, pomimo wykonywanych zastrzykiwań eteru i olejku kamforowego pod skórę, aż wreszcie chora w trzy godziny po operacyi żyć przestała. Sekcyi na żądanie rodziny nie przedsięwzięto a to tém bardziéj, że przyczyna śmierci dostatecznie została stwierdzoną.

Przypadek 15. Maryjanna K., lat 89 licząca, przybyła dnia 31 lipca br. na oddział z przypadami wybitnemi niedrożności jelit, o których opowiada, że w tym stopniu trwają już od dni dwunastu, dodaje jednak, że w mniejszym stopniu trwały i coraz bardziéj się wzmagały od kilku miesięcy. Na podstawie tych wywiadów, jakoteż i badania, które wykazało dosyć znaczne wydęcie jelit a przeważnie okrężnicy grubéj z wybitnym w niéj ruchem przeciwrobaczkowym, przez odbytnicę zaś w górze zaledwie palcem dosięgnąć się dający guz twardy, poruszalny, wielkości zwykłéj gruszki, czułem się uprawnionym do rozpoznania światła kiszki esowatéj natury nowotworowéj, a najprawdopodobniéj rakowatéj i natychmiast przystąpiłem do laparotomii, która rozpoznanie moje najzupełniéj potwierdziła. Gdy nowotwór był bardzo dokładnie ograniczonym, wyciąłem go klinowato wraz z częścią śródjelicia i odcinki jelit ze sobą zespoiłem dwurzędowym szwem katgutowym. Stan pacyjentki był bardzo pomyślnym przez dziewięć godzin, w którymto czasie nastąpił obfity stolec wolny, a po nim ból w zatoce biodrowéj lewéj, zapad i śmierć w pięć godzin późniéj. Sekcyja wykazała, że jeden szew rozstąpił się i przepuścił nieco kału do jamy otrzewnowéj.

Przypadek 16. Wojciech Z., lat 36, stangret, przysłany z Tarnopola d. 18 sierpnia br. z bardzo wybitnemi przypa-

dami niedrożności jelit, trwającemi według podania od dni trzech a wywołanemi, według zdania lekarzy ordynujących, przez jakąś przeszkodę mechaniczną, kwalifikującą się do usunięcia przez laparotomiję, a to tém bardziéj, że, jak dołączony list opiewał, środki czyszczące i obfite lawatywy w domu stósowane pozostały bez skutku. Gdy badanie wykazało znaczne cierpienie na twarzy się malujące, częste wymioty, ból brzucha, wzdęcie jelit wybitnie się zarysowujących, wreszcie przepuklinę pachwinową prawą, która dawała się wprawdzie w rozszerzony kanał pachwinowy odprowadzić, lecz ztamtąd natychmiast się wydobywała, rozpoznałem przepuklinę uwięźniętą i razem z workiem po części do jamy brzusznéj wsuniętą *(reductio spuria)*, a gdy miejsce zacieśniające wydawało się dosyć głęboko położoném, przystąpiłem natychmiast do laparotomii, przyczém odrazu rękę wsunąłem ku wewnętrznemu ujściu kanału pachwinowego prawego, który znalazłem znacznie ku jamie brzusznéj wypuklonym a w nim pętlę jelita biodrowego uwięźniętą z ramieniem doprowadzającém rozdętém i odprowadzającém zapadniętém. Bramkę mocno zaciśniętą naciąłem hernijotomem, i w ten sposób uwolniłem pętlę około 12cm. długą, ciemno-wiśniowo zabarwioną lecz jeszcze dostatecznie jędrną, oraz dosyć znaczną ilość wody przepuklinowéj również ciemno zabarwionéj, którą w podstawione gąbki starałem się pochwycić, tak że nic nie dostało się do jamy brzusznéj. Reszta jelit była różowo zabarwiona z nieco nastrzykanemi naczyńkami. Po wymyciu jamy otrzewnowéj 3% ogrzaną wodą borową zamknięto ranę brzuszną czém prędzéj szwem trójrzędowym, tak że jama brzuszna nie więcéj nad 5—6 minut mogła być otwartą. Stan po operacyi bardzo dobry, wymioty i bóle ustąpiły; na trzeci dzień stolec dobrowolny, rana brzuszna zagojona *per primam* a dziesiątego dnia po operacyi mógł pacyjent podjąć daleką podróż z powrotem do domu.

Przypadek 17. Matys G., lat 27, handlarz, przybył dnia 2 września b. r. z Przeworska z gwałtownemi przypadami niedrożności jelit jak: obfite rzadkie zielonkowate wymioty, ból i wzdęcie brzucha osobliwie w okolicy pępka, brak stolca pomimo licznych i energicznych środków czyszczących. Przypady te miały wystąpić wśród jazdy uciążliwéj i przedsięwziętéj przed trzema dniami, tuż po obfitém najedzeniu się. Siły i tętno dobre. W przypuszczeniu zapory mechanicznéj, a najprawdopodobniéj skrętu jelit, przystąpiłem do otwarcia jamy brzusznéj, do któréj wprowadzona ręka znalazła przedewszystkiém, że jelita cienkie były w jednéj części zapadnięte a w drugiéj rozdęte. Posuwając się po pierwszych ku górze doszedłem rzeczywiście do skrętu położonego może na metr poniżéj dwunastnicy i okazującego na szczycie swéj pętli jakby zaczerwienienie i drobne wynaczynionki, podczas gdy reszta jelit miała otrzewnę jeszcze prawidłową. Po odkręceniu tego miejsca widzieliśmy jak treść posuwała się ku dołowi i rozszerzała zapadnięte dotąd jelito biodrowe, co mi dowodziło, że właśnie przyczyna niedrożności została usuniętą. I w tym przypadku była jama brzuszna zaledwie kilka minut otwartą. Po operacyi był chory całą noc niespokojnym, wymiotował, wstawał, chodził, pokładał się po podłodze, i uspokoił się dopiero po pierwszym stolcu, który sprowadziliśmy na drugi dzień przez wydatną lawatywę. Odtąd był ozdrowieńcem i opuścił zakład zupełnie wyleczony w trzy tygodnie po operacyi.

Przypadek 18. Tomasz P., lat 43, konduktor kolei, przybył na oddział chirurgiczny dnia 8go września br. a piątego dnia choroby, która wystąpiła wśród podróży po obfitém spożyciu potraw i napojów, dając wyraźny obraz niedrożności jelit. Wezwany dopiero piątego dnia choroby zastałem pacyjenta już w bardzo złym stanie, albowiem skóra była bladą i zimnym potem pokrytą, oczy zapadnięte, tętno drobne, nitkowate, bardzo częste. Od otaczających dowiedziałem się, że lekarze, którzy poprzednio go odwiedzali, używali różnych środków przeczyszczających lecz bez skutku, jakotéż że zapad prawie od samego początku był tak znacznym. W przypuszczeniu ropnego zapalenia otrzewny, wywołanego przez mechaniczne zatkanie jelita, zaproponowałem jako ostateczny, lecz bardzo wątpliwy, środek, laparotomiję, na którą rodzina przystała nawet na wypadek śmierci podczas operacyi. Po przeniesieniu go do szpitala św. Łazarza i zastrzyknięciu kilku strzykawek eteru otworzono w narkozie jamę brzuszną, przyczém wydobył się natychmiast płyn mętny i kałem cuchnący z pomiędzy zaczerwienionych i posklejanych jelit. Z powodu, że tętno stawało się prawie niemacalném, pomimo powtórnego zastrzyknięcia eteru i kamfory, zaniechano dalszych poszukiwań za otworem w jelicie i zaszyto brzuch. Chory umarł w 10 minut po skończonéj operacyi. Na żądanie rodziny nie wykonano sekcyi.

Przypadek 19. Antonina N., lat 18, statystka tutejszego teatru, przybyła w dniu 20 września b. r. na oddział chorób wewnętrznych *(B)*, zkąd ją po zbadaniu i nabraniu przekonania, iż niedrożność jelita jest następstwem mechanicznego zamknięcia, przeniesiono w d. 23 września na oddział chirurgiczny celem wykonania laparotomii. Z wywiadów było wiadomém, że pacyjentka przebyła w kwietniu r. b. tyfus brzuszny, że przez czerwiec i lipiec była zupełnie zdrową, że z końcem sierpnia zaczęły się pojawiać u niéj bóle w brzuchu co raz to znaczniejsze a w końcu, że stan taki ciężki, jak obecnie, trwa od dni ośmiu. Gdy badanie wykazało nudności i wymioty bardzo częste, brzuch miernie wzdęty bez jakiegokolwiek miejsca z większym oporem, tu i owdzie spostrzegalny ruch przeciwrobaczkowy, siły dosyć dobre, tętno drobne lecz jeszcze dosyć silne, temperaturę ciała prawidłową, to w obec powyższych wywiadów i w obec braku stolca, pomimo obfitych lawatyw i energicznych środków czyszczących rozpoznanie mechanicznéj przeszkody i przystąpienie do laparotomii było zupełnie usprawiedliwioném. Po otwarciu jamy brzusznéj czuje ręka wprowadzona jednę część jelita cienkiego rozdętą a drugą zapadniętą; posuwając się po téj ostatniéj ku górze, doszedłem do miejsca, w którém oba te różne światła z sobą się łączyły, a przy bliższém rozpatrzeniu się ujrzałem taśmę grubości zwykłego ołówka a do 5cm. długości mającą, za pomocą któréj miejsce to przytwierdzone do ściany brzusznéj doznało kątowatego zagięcia. Podwiązawszy taśmę tę podwójnie katgutem przecięto ją, poczém natychmiast kąt się wyrównał i treść powyżéj zatrzymana zaczęła się posuwać do części jelita zapadniętéj, pomimo że w miejscu zagięcia znajdowała się kolista blizna, światło jelita nieco zwężająca a najprawdopodobniéj po wygojonym wrzodzie durzycowym powstała. Przebieg był bardzo pomyślny. Na drugi dzień pojawił się prawidłowy stolec i odtąd ozdrowienie postępowało szybko, tak iż w miesiąc po operacyi mogła pacyjentka opuścić zakład jako zupełnie wyleczona.

Przypadek 20. Franciszek C., wyrobnik, lat 22 liczący, przybył dnia 28 października b. r. do kliniki wewnętrznéj, gdzie stwierdzono, że choroba rozpoczęła się nagle przed dwoma dniami od bólu w brzuchu, niemożności oddawania stolca, nudności i wymiotów. Uwzględniwszy jednostajne

napięcie i bardzo znaczną bolesność brzucha, stępienie wypuku w dolnych i bocznych okolicach tegoż, brak wybitnego cieniowania się jelit przez ściany brzuszne, wyraźny zapad sił, majaczenia i podniesienie temperatury ciała, rozpoznawano zapalenie otrzewny, nie mogąc jednak na pewno rozstrzygnąć, czy ono wystąpiło jako komplikacyja w obec mechanicznéj zapory, czy téż skutkiem przebicia ściany jelita (*peritonitis perforativa*), przechylając się więcéj na stronę tego ostatniego z téj przeważnie pobudki, iż odgłos tępy wątroby zastąpiony był odgłosem jawnym. W każdym razie uważano laparotomiję za jedyny środek mogący jeszcze w tym przypadku życie uratować i w celu jéj przedsięwzięcia przesłano chorego na mój oddział. Stwierdziwszy powyższy stan i zauważywszy, iż tętno pełne 100 na minutę nie tyle zdaje się odpowiadać zapaleniu otrzewny z przebicia jelita, ile raczéj z innéj przyczyny pochodzącemu, przystąpiłem do laparotomii dnia 30 października, a więc 5go dnia choroby. Po otwarciu jamy brzusznéj wylało się około 500grm. płynu ropiastego ze strzępkami pomięszanego a jelita miernie rozdęte okazały się na całéj swéj rozległości zaczerwienione i świeżemi włóknikowemi wypocinami pozlepiane. Przy oczyszczeniu jamy brzusznéj, w którymto celu wydobyłem jelita cienkie z małéj miednicy, spostrzegłem po lewéj stronie zwój jelit w oddaleniu może jednego metra od dwunastnicy położony, który okazał się skręconym i pod śródjelicie wciśniętym; na dowód tego znalazłem jelito powyżéj tego miejsca położone dwa razy tak rozdętém jak położone poniżéj skrętu. To nam wytłumaczyło nagłość powstania choroby i przyczynę zapalenia otrzewny. Rzecz naturalna, iż pomimo dokładnych przepłukiwań wodą borową nie dały się jelita zupełnie oczyścić, z któregoto powodu rokowanie było jak najgorszém. I rzeczywiście nastąpiła śmierć w 10 godzin po operacyi, a sekcyja stwierdziła tylko to, co już przy laparotomii stwierdzono. (Dok. n.)

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49).

D. Zakrzepica zatok.

Rozróżniamy zarówno ze stanowiska etyjologicznego, jak i klinicznego, dwie postacie zakrzepicy w zatokach żylnych czaszkowych: jedna z nich powstaje w skutek przesunięcia się zapalenia żył sąsiednich mających swe ujście do zatok i zaczopowania ich, na sameż ściany zatok, t. zw. *Thrombosis phlebitica*, druga powstaje na drodze czysto mechanicznéj skutkiem zwolnienia krążenia w zatokach, mającego podstawę swą jużto w upośledzonéj czynności serca, zagęszczeniu krwi po znaczniejszych utratach, czyto krwi, czy soków odżywczych, jużtéż w upośledzeniu krążenia z przyczyn miejscowych, jak ucisku nowotworów na światło zatok lub żył przyległych itp. Przyczyny dodatkowe, usposabiające do powstawania zakrzepicy, tkwią jeszcze w saméj budowie zatok, ich nieregularnéj postaci i nierównéj szerokości światła, niepodatności ścian i częstych beleczkach przebiegających w poprzek światła zatoki.

Zakrzepica powstająca w skutek zapalenia ma zajmować przeważnie zatoki parzyste, występująca zaś na drodze mechanicznéj, zwana także uwiądową, zatoki nieparzyste. Ze zdaniem tém wyrażoném najpierw przez Duscha, powtórzoném przez Huguenina, Steffena i innych autorów, nie licuje tabelka zestawiona przez Eschericha, w któréj na 8 przypadków zebranych z literatury zakrzepic zatok uwiądowych w cholerze dziecięcéj, 7 razy zajętą była zatoka poprzeczna prawa, zatém zatoka parzysta, co tenże autor uważa nawet za cechujące zakrzepicę uwiądową u dzieci. Zakrzepica ta powstała pierwotnie w prawéj zatoce poprzecznéj dla szerszego jéj światła skutkiem obszerniejszego *foramen iugulare* i najczęstszego układania tak schorzałych dzieci na bok prawy, przesuwać się ma dopiero późniéj na zatokę podłużną. Z podanych gdzieindziéj przypadków zakrzepic żadnego pod tym względem wniosku wysnuć nie można, gdyż nie ma jeszcze ściślejszego rozróżnienia pomiędzy zakrzepicą zapalną a uwiądową.

Pod względem częstości zakrzepic w wieku dziecięcym również zdania są podzielone: Gerhardt na 96 sekcyj dzieci wyniszczonych czyto w skutek cholery, czytéż innych cierpień, zauważył zakrzepicę uwiądową 7 razy, podczas gdy Rilliet i Barthez spostrzegli w ciągu lat 4ch tylko 4 przypadki zakrzepicy (bez rozróżnienia jakości) a z literatury znanych jest jeszcze tylko 14 przypadków opisanych przez Tonnelégo, Gintraca i Boudeta. Steiner zauważył zakrzepicę u dzieci 14 razy, nie podaje jednak, czyto były przypadki zakrzepic zapalnych czy uwiądowych. Przytacza atoli jako powikłania *caries ossis petrosi*, zapalenie opony twardéj, ogólną gruźlicę, złamanie czaszki, coby świadczyło o postaci zapalnéj. Na 14 tych przypadków 6 razy zajętą była zatoka podłużna górna. Co do innych autorów to Bednar wcale o chorobie téj nie wspomina, West zaledwo jeden przypadek przytacza, Bouchut także jéj nie omawia jako choroby oddzielnéj, Vogel kilka słów jéj tylko poświęca nie rozróżniając dwóch postaci. Baginsky i Widerhofer uważają zakrzepicę uwiądową za chorobę rzadką u dzieci, podczas gdy Hüttenbrenner uważa ją za bardzo częstą nie podając atoli żadnych przypadków z własnego doświadczenia. W każdym razie literatura zakrzepic jeszcze bardzo wiele pozostawia do życzenia.

Pod względem przypadów i rozpoznania musimy rozdzielić obydwie postacie zakrzepicy.

Zakrzepica zapalna powstawać ma wśród objawów gwałtownych: dreszcze, wysoka gorączka, ze znacznemi wahaniami ciepłoty, ból głowy, szybka utrata przytomności i drgawki są przypadami początkowemi ogólnemi. Przypady miejscowe zależą od siedziby zakrzepicy, czyto w zatoce podłużnéj, czy poprzecznéj, czy *sinus caroticus* lub *sinus petrosus* i podobne są także w drugiéj postaci zakrzepicy uwiądowéj rozpoczynającéj się jednak nieznacznie bez wyżéj wspomnianych objawów gwałtownych. Do objawów miejscowych zakrzepicy zatoki podłużnéj (a o niéj tylko tu wspomnę, gdyż nasze przypadki do téj jedynie odnoszą się postaci) należą: tężec karkowy miernego stopnia, rozszerzenie i napięcie żył skórnych sklepienia czaszkowego i skroni, krwawienie z nosa, stały ból głowy, poty ograniczone do skroni i czoła, sinica twarzy, obok drgawek i utraty przytomności (Dusch, Steiner, Picot i D'Espine). U dzieci młodszych z otwartém jeszcze a w skutek wyniszczenia zaklęśniętém ciemieniem występuje nagłe napięcie tegoż. Na tych podstawach rozpoznali niektórzy autorowie, jak Vormann, zakrzepicę zatok uwiądową, która nawet (choć nieslychanie rzadko) pomyślnie się kończyła. Według Hüttenbrennera znów wystąpienie u dziecka wyniszczonego dreszczów, wykrzykiwań, westchnień, drgawek odnóg górnych, poraże-

nia nerwu twarzowego, zataczania gałkami ocznemi, obrzęku powiek lub twarzy pozwala rozpoznawać z wszelkiém prawdopodobieństwem zakrzepicę uwiądową. Żałować tylko wypada, iż zdanie to nie jest ilustrowane choćby kilkoma przypadkami, w którychby rozpoznanie dokonane na powyżéj podanych podstawach znalazło także poparcie protokółami sekcyjnemi. Dla tego sądzę, iż na zdanie to nie wielu pisać się będzie pedyjatrów, którzy mieli sposobność oglądania bądź za życia, bądź też na stole sekcyjnym, większéj liczby przypadków tak zwanéj *cholera infantum*, czerwonki, długotrwałych nieżytów lub zapaleń mieszkowych jelit i innych cierpień wyniszczających. Objawy skreślone przez Hüttenbrennera spostrzegamy wprawdzie w niektórych przypadkach, są one jednak zupełnie identyczne z objawami spostrzeganemi w wodnistości mózgu (hydrocephaloid), w którychto razach przy sekcyi prócz może większego nieco zbrzęknienia mózgu nic innego chorobowego nie znajdujemy. Dla tego też są autorowie, do nich należy także Baginsky, którzy rozpoznanie zakrzepicy, zwłaszcza zatoki podłużnéj, nie uważają za rzecz tak łatwą, wyrażając zdanie, iż w wielu przypadkach przebiega zakrzepica uwiądowa bez objawów, zatém rozpoznać się nie daje, a zakrzepica zapalna przebiega wśród objawów odpowiadających jéj powikłaniom lub następstwom, jak zapaleniu opon, wynaczynieniom itp., zatém także rozpoznać się nie daje. Zapatrywanie to stwierdzają przypadki przez nas zauważone, których było 5. — Z tych cztery razy była postać uwiądowa, a raz zakrzepica zapalna. We wszystkich 5ciu przypadkach zajętą była zatoka podłużna. Przypadki te są następujące:

1) Maryjanna Przybyłówna, dziewczyna 8½-letnia, źle odżywiona, przyjęta do szpitala 22 listopada 1879. Guzy czołowe mocno wystające, obwód czaszki 49½ cm., klatka piersiowa długa i wąska, obwód jéj 54 cm. przy długości ciała 1·17 m. Tkanka podskórna i mięśnie wiotkie, błony śluzowe warg i dziąseł blade; język zaczerwieniony, w części środkowéj brudno-szarawą miazgą pokryty, okazuje na krawędzi kilka biało-żółtych ubytków błony śluzowéj, sięgających w głąb, wielkości młodego grochu. Powieki nieco surowiczo obrzękłe, gałki oczne prawidłowe, oddziaływanie źrenic zmian nie okazuje. Gruczoły karkowe drobne. W płucach prócz nieco zaostrzonego oddechu i furczeń, zwłaszcza w płucu prawém, zmian nie ma, serce prawidłowe. Brzuch dość duży lecz nienapięty, śledziona ani wątroba nie dają się wymacać. Na 6 cm. poniżéj pępka nieco na prawo znajduje się otwór nierówny, przetokowaty, z którego za uciskiem od dołu od spojenia łonowego wypływa w znacznéj ilości ciecz rzadka, śluzowo-ropiasta mocno cuchnąca. Obok wzmiankowanego otworu na prawo znajdują się jeszcze trzy inne mniejsze. Cała ta okolica przy głębszym ucisku jest bolesną. Po nad częściami bocznemi dolnemi brzucha wypuk stłumiony, chełbotanie dość wyraźne. Gruczoły pachwinowe przerosłe. Na podudziach nieznaczny obrzęk skóry, obie stopy zbrzęknięte i sine. W moczu znajduje się białko w znacznéj ilości, chlorki zmniejszone, w osadzie znaczna ilość ropy i nieliczne wałeczki Belliniego. Rozwolnienie bardzo silne, stolce białe. Inteligencyja mało rozwinięta, w sferze psychicznéj jednak zmian nie ma, ruchy nieupośledzone, zmysły prawidłowe. Chora całkiem przytomna, nie gorączkuje, na ból się nie żali. 24 listopada wśród postępującego osłabienia i ogólnego zapadu umarła o godzinie 8éj rano bez wszelkich innych objawów.

Sekcyja wykonana 25 listopada wykazała: *Cicatrisatio musculi iliopsoae dextri post psoitidem suppurativam sbsq. formatione abscessuum intermuscularium parietis anterioris abdominis, perforatione recti nec non vesicae urinariae, compressione insigni uretheris dextri sbq. hydronephrosi dextra. Nephritis parenchymatosa c. incipiente degeneratione amyloidea. Degeneratio amyloidea lienis. Pneumonia lobularis dextra disseminata, degeneratio cordis adiposa. Thrombosis sinus falciformis.*

2) Maryja Torońska, dziewczyna 6-letnia, dość dobrze odżywiona lecz zołzowata, przyjęta do szpitala 20 lutego 1880. Kościec prawidłowy, na skórze ramienia lewego, jakoteż po nad wyrostkiem licowym szczęki górnéj lewéj wrzody zołzowe zagłębione, zabliźniające się a wytworzone blizny zrośnięte z kością. Gruczoły szyi i karku po stronie lewéj znacznie obrzękłe tworzą pakiet zniepodobiający szyję i skręcający głowę ku stronie lewéj. W okolicy podszczękowéj lewéj liczne blizny i wrzody po zropiałych gruczołach limfatycznych. Po nad obydwoma szczytami płuc, zwłaszcza lewym, odgłos wypukowy stłumiony, oddech tamże nieoznaczony. Serce, wątroba i śledziona prawidłowe. W moczu zmian nie ma. Nie gorączkuje. W dalszym przebiegu choroby zauważono nieregularne podwyższenie ciepłoty zwłaszcza wieczornéj, bolesność karku i szyi a wreszcie utworzenie się ropnia na tylnéj ścianie połyku z przypadami duszności. Po kilku dniach wystąpiło na szyi chełbotanie po stronie lewéj w miejscu odpowiadającém co do wysokości położeniu ropnia w połyku, po nacięciu i wypróżnieniu znaczniejszéj ilości ropy duszność ustąpiła a chora 1 maja 1880 r. opuściła szpital z polepszeniem. Dopiero 8 lutego 1881 zgłosiła się powtórnie a stan jéj był następujący: źle odżywiona, nader wychudła, nad kością jarzmową lewą lejkowaty wrzód, dążący do kości. Szyja zgrubiała, od tyłogłowia opuchnięta tak, iż ciernistych wyrostków nie widać; wszelki nacisk lub ruch głowy wywołuje ból bardzo znaczny, przyczém chora rękami stara się podtrzymać głowę. Tylna ściana połyku wysadzona ku przodowi; na stronie bocznéj lewéj szyi wrzód przetokowy, sięgający w głąb do pruchniejących już kręgów. Odpowiednio do garbu szyjnego klatka piersiowa kompensacyjnie wysadzona ku przodowi. — Nad płucem lewém ton wypukowy bębenkowo stłumiony, przy oddechu mnóstwo drobnych rzężeń. Rozwolnienie częste, mocz zawiera ślad białka, chlorki zmniejszone. Przytomność zupełna, ani w sferze czuciowéj ani ruchowéj (prócz utrudnionych ruchów głowy) zmian nie ma, zmysły prawidłowe, apetyt dosyć dobry. Chora nie żali się wcale na ból głowy. Wśród gorączki z nasileniami wieczornemi (8/2 w 40·1°, 9/2 c. r. 37·3, c. w. 40, 10/2 c. r. 37·4, c. w. 40·2, 11/2 c. r. 38·5, c. w. 40·0), bez wystąpienia jakichbądź innych objawów, chora nagle dnia 13/2 o godzinie 3½ rano spokojnie umarła po krótkiém konaniu.

Sekcyja wykonana 14 lutego 1881 wykazała: *Infiltratio utriusque pulmonis tuberculosa, tuberculosis pulmonum, hepatis. Degeneratio caseosa glandularum bronchialium et lymphat. colli subsq. ostitide caseosa vertebr. spinal. colli. Thrombosis sinus falciformis maj. marantica.* Czaszka prawidłowa symetryczna, opony miękkie cienkie blade, opona twarda gładka, tylny odcinek zatoki sierpowatéj większéj zaczopowany skrzepem suchym, silnie przylegającym, nieprzechodzącym jednak na zatoki boczne, które są prawidłowe. Mózg niedokrewny, zresztą prawidłowy. Przednie części kręgów

szyjnych 4—6 zamienione na miazgę prawie ropiastą, rozmiękczoną, śród któréj znajdują się okruchy kostne, więzadła przedniéj powierzchni zniszczone. Rdzeń i opony prawidłowe. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Oser: O nerwicach żołądka i ich leczeniu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 49).

6) Wymioty nerwowe nie są czystą nerwicą żołądka, wymiotowanie bowiem jest aktem bardzo skomplikowanym, w którym żołądek podrzędną odgrywa rolę. Wymiotowanie przychodzi do skutku głównie przez skurcz tłoczni brzusznéj i przepony, żołądek zaś przyczynia się do tego aktu tylko czynnym rozszerzeniem części wpustowéj żołądka, jak to Schiff doświadczalnie wykazał. Chcąc mówić w danym przypadku o wymiotach nerwowych, musimy wprzód wykluczyć wszelkie istotne schorzenia żołądka. Wymioty nerwowe są najczęściéj przyrody odruchowéj, czego najlepszym przykładem są wymioty ciężarnych. Najróżnorodniejsze schorzenia narządu płciowego niewieściego, zapalenia otrzewny, kamyki żółciowe, moczowe, nagromadzenie się kału w jelitach, nerka ruchoma, choroby mózgu i rdzenia pacierzowego, macinnica, neurastenia i t. d. mogą dać powód do wymiotów w drodze odruchowéj. Najlżejszą formą wymiotów nerwowych jest *gastrorrhoea*, polegająca na wymiotowaniu li tylko płynu bez domieszki pokarmów. Jako osobną formę nerwicy w mowie będącéj opisał Leyden peryjodyczne wymioty, pojawiające się czasem co kilka godzin lub nawet dni. W tych razach występują silne wymioty, połączone z gwałtownemi bólami w dołku podsercowym i ogólném osłabieniem, a czasem bólem głowy lub bredzeniem. Leczenie wymiotów nerwowych jest nadzwyczaj trudne, jeżeli nie można wykryć właściwego źródła tychże. Leku swoistego przeciw téj nerwicy nie posiadamy, aczkolwiek mnóstwo środków próbowano. Dotychczas używają jeszcze oprócz leków odurzających: *argent. nitric.*, *kali jod.*, *benzin.*, *creosot*, *chlorof.*, *chloral*, *kali bromat.*, *natr. brom.*, *solut. Fowleri*. Lebert widział pomyślny skutek po *oleum petrae*, Möler po wdychiwaniu tlenu. W najnowszych czasach polecił Weiss roztwór wyskokowy kokainu z 0·15 na 140 co pół godziny, późniéj co godzina łyżeczkę kawową. Skutek pojawiał się już po 6tej dawce, a po wyżyciu 13—14 dawek mogli chorzy przyjmować pokarmy stałe. Talma otrzymał pomyślny wynik leczenia przez podawanie nitrogliceryny ($^1/_3$ milligr. pro dosi — 3 razy dziennie). Zdaniem autora nie przynoszą przepłukiwania żołądka żadnego polepszenia w téj nerwicy. W leczeniu należy najpilniejszą uwagę zwrócić na dyjetę i wyszukać te pokarmy, które żołądek znosi — a do tych należy przedewszystkiém mleko. Jeżeli chory wymiotuje wszystko, to trzeba uciec się do lawatyw z peptonu i różnych leków. Na szczęście w wielu przypadkach nastaje wyleczenie same przez się. W chwili, kiedy jest stan najrozpaczliwszy, następuje nagły zwrot choroby, a wyzdrowienie postępuje szybkim krokiem.

B. Nerwice czuciowe. Nasze fizyjologiczne wiadomości o nerwach czuciowych żołądka są bardzo szczupłe. Według Schiffa przebiegają nerwy czuciowe żołądka w pniach nerwów błędnych, po przecięciu bowiem nerwów błędnych na szyi nie objawia zwierzę żadnego bólu wśród szczypania odźwiernika, najczulszéj części żołądka. Żołądek człowieka w stanie zdrowym jest w ogólności narządem bardzo mało czułym. Uczucie zimna lub ciepła, jakiego doznajemy w dołku podsercowym, pijąc płyn różniący się znacznie swą ciepłotą od temperatury ustroju, pochodzi od podrażnienia nerwów czulnych skórnych, a nie od podrażnienia nerwów żołądka. Zdrowy żołądek odróżnia właściwie tylko dwa uczucia, uczucie głodu i sytości. Natomiast żołądek chory przekonywa nas nieraz w bardzo dotkliwy i bolesny sposób o istnieniu nerwów czulnych żołądka. Nerwice czuciowe żołądka dzieli autor: 1) na nerwice polegające na zboczeniach fizyjologicznego uczucia głodu lub sytości i 2) na nerwice, których podstawę stanowią różne uczucia chorobowe.

ad 1) Istnieją chorzy z zupełnie prawidłowém trawieniem, którzy nie posiadają wcale uczucia głodu lub sytości, albo téż u których uczucie głodu potęguje się do uczucia głodu wilczego (*bulimia*), występującego napadowo. Takie napady występują jużto regularnie o pewnéj porze, zazwyczaj w nocy, jużtéż w różnych odstępach czasu, — a chorzy muszą dla zaspokojenia tego uczucia spożywać ogromne ilości pokarmów i doskonale wytamponować niejako żołądek. Na odwrót brak uczucia głodu przeobrazić się czasem może w nieprzezwyciężony wstręt do wszelkich pokarmów, skutkiem czego nastąpić może inanicyja, a nawet śmierć.

ad 2) Autor wspomniawszy kilku słowami o chorobowych uczuciach palenia, mrożenia, tętnienia, i gniecenia w okolicy żołądka, rozwodzi się szeroko nad właściwym nerwobólem żołądka, rozróżniając kilka form tegoż. Dość częstą formą jest nerwoból, objawiający się np. uczuciem gniecenia w żołądku po każdém jedzeniu. Nerwicę tę łatwo pomięszać można z istotném schorzeniem żołądka. Pomyłka w rozpoznaniu jest tém szkodliwszą dla chorego, o ile nerwica ta wymaga wprost przeciwnego leczenia niż choroby polegające na anatomicznych zmianach żołądka, a mianowicie chorych takich trzeba ustawicznie zmuszać do jedzenia mimo uczucia gniecenia, występującego po jedzeniu, trawienie bowiem u nich odbywa się w zupełnie prawidłowy sposób. Drugą formę nerwicy w mowie będącéj cechuje ból silny, pojawiający się po spożyciu najmniejszéj nawet ilości pokarmów. Daléj przytacza autor według Talmy jako oddzielną formę nerwobólu żołądka nadczułość żołądka względem kwasu solnego i odróżnia ciężką formę nerwobólu żołądka jako *gastralgia gravis*, którato forma jest najczęściéj wyrazem schorzenia ośrodków układu nerwowego. W tym ostatnim razie przyczyną bólu jest prawdopodobnie drażnienie ośrodków nerwu błędnego w rdzeniu przedłużonym. Wreszcie wspomina o nerwicach mających za podstawę zimnicę. — Do rozróżnienia nerwobólu od anatomicznego schorzenia żołądka posłużyć może na korzyść nerwobólu okoliczność, że żołądek w 6 do 7 godzin po spożyciu pokarmów jest prawie próżny, że przedmiotowo w okolicy żołądka nie można nic nieprawidłowego wyśledzić, że bóle występują czasem naczczo, że równocześnie istnieją nieraz inne nerwobóle lub téż przedtém istniały i że wpływy psychiczne nie są bez wpływu na bóle. Ze względu na leczenie trzeba przedewszystkiém starać się wyśledzić przyczynę nerwobólu. W przypadkach wątpliwych, w których nie można stanowczo wykluczyć anatomicznego schorzenia żołądka należy najprzód zastósować leczenie takie, jakiego wymaga przypuszczalne schorzenie anatomiczne. Jeżeli przyczyny nerwobólu nie można odszukać, pozostaje leczenie symptomatyczne. *Extr. Belladonnae*, atropin, *sol. ars. Fowleri*, chloral, fosfor, przepłukiwania żołądka, przynoszą czasem wielką ulgę. W czasie napadu bólu używać można z dobrym skutkiem kataplazmów, kąpieli ciepłych, prądu

stałego, podskórnych wstrzykiwań morfinu, krótkotrwałych wziewań chloroformu lub eteru. Kokain w dawkach 1—2ctgr. był bez skutku.

C) Nerwice wydzielnicze.

Okoliczność, że po przecięciu nerwów błędnych i sympatycznych wydziela się sok żołądkowy pod wpływem mechanicznego drażnienia błony śluzowéj żołądka, zmusza nas do przypuszczenia, że w ścianie żołądka istnieją samoistne zwoje nerwowe, które pobudzają gruczoły żołądkowe do czynności. Zaburzenia w wydzielaniu soku żołądkowego występujące skutkiem zboczeń w krążeniu krwi lub skutkiem zmienionego składu krwi ujmuje autor pod nazwę *dyspepsia haematogena*, podczas gdy przez *dyspepsia myogena* rozumie upośledzenie wydzielania soku żołądkowego z powodu niedostatecznéj czynności mięśni żołądka, a wadliwą czynność nerwów wydzielniczych określa jako *dyspepsia neurogena*. *Gastroxynsis* Rossbacha uważa autor za czystą nerwicę wydzielniczą żołądka. Choroba ta występuje w napadach 1—3 dni trwających. Rozpoczyna się od bólu głowy, nudności i uczucia pieczenia w żołądku. Ból głowy ustępuje dopiero wtedy, skoro chory zwymiotuje wszystką treść żołądka, która odznacza się wysoką kwaśnością, pochodzącą od wolnego kwasu solnego. Również przypadki opisane przez Reichmanna pojmuje autor jako nerwice wydzielnicze. Sok żołądkowy wydzielał się w tych razach w nadmiernéj ilości nawet wtedy, kiedy żołądek nie mieścił w sobie żadnych pokarmów.

D) Nerwice naczynioruchowe.

Krwotoki z naczyń błony śluzowéj żołądka występujące po zranieniu mostu Varola, po przecięciu części szyjnéj rdzenia pacierzowego itp., mogą być wytłumaczone li tylko zaburzeniami w czynności nerwów naczynioruchowych żołądka. Wybitnym przykładem nerwicy naczynioruchowéj żołądka jest krwotok żołądkowy pojawiający się w zastępstwie menstruacyi.

W końcu nadmienia autor, że wyliczone poszczególne formy nerwic rzadko kiedy zdarzają się w swéj czystéj postaci, lecz łączą się zazwyczaj między sobą, a walcząc przeciw nazwie „*dyspepsia nervosa*", podanéj przez Leubego, radzi dla cierpień żołądka niemających podstawy anatomicznéj używać miana ogólnego *gastroneurosis*. (*Wiener Klinik*. Zeszyt 5 i 6 r. 1885). *Dr. Prus.*

Prof. Germain Sée: **O sparteïnie.**

Spartein jest to alkaloid otrzymany z rośliny *Spartium scoparium* [1]). Alkaloid przedstawia płyn oleisty, smaku gorzkiego, nierozpuszczalny we wodzie, silnie alkaliczny i tworzący z kwasem siarkowym sól krystaliczną w wodzie rozpuszczalną, któréj działanie lecznicze badał Sée.

Siarkan sparteinu zadany w rozczynie wodnym w dawce 0gm. 10 sprowadza objawy sercowe, nie nadwerężając ani trawienia ani układu nerwowego [2]). Sée przedstawia szereg spostrzeżeń klinicznych jak niemniéj tablice sfigmograficzne, które poniekąd ścisłe, matematyczne dają pojęcie o działaniu leku tego na tętno i serce. Z licznych dochodzeń uczonego profesora wynika, że siarkan sparteinu zastosowany w chorobach sercowych zawsze sprowadza pewne i cechujące objawy. Pierwszym i najważniejszym jest wzmocnienie serca i tętna; pod tym względem roślina ta podobną jest do naparstnicy i konwalii majowéj, lecz przewyższa takowe działaniem daleko pewniejszém i trwalszém. Drugim objawem jest bezpośrednie uregulowanie nieprawidłowego rytmu sercowego. Pod tym względem żaden lek nie wytrzyma porównania ze siarkanem sparteinu. Trzecim objawem jest przyspieszenie uderzeń serca. Wszystkie te objawy występują po upływie jednéj lub kilku godzin a widoczne są jeszcze w trzy lub cztery dni po usunięciu leku. Podczas tego siły chorego wzmagają się a oddech staje się swobodniejszym.

Siarkan sparteinu przedstawia zatém cenny nabytek terapeutyczny. Wskazanym on jest wszędzie tam, gdzie mięsień sercowy jest zwiotczałym lub uległ zmianie utkania lub gdy w ogóle nie zdoła wyrównać przeszkodom krążenia. W przypadkach z tętnem nieregularném, przepuszczającém, arytmiczném, przywraca siarkan sparteinu rychło typ prawidłowy. W ogóle lek ten wzmacnia mięsień sercowy we wszystkich zboczeniach krążenia.

Z powyższego sprawozdania wynika znakomita wyższość sparteinu nad innemi pokrewnemi mu lekami, mamy też niepłonną nadzieję, że nasza swojska literatura wkrótce poda dokładniejsze szczegóły i nie da się wyprzedzić w tym względzie cudzoziemcom. (Według sprawozdań Akademii Umiej. w Paryżu). *Dr. Pisek.*

Landerer: **Miejscowe znieczulenie za pomocą wstrzykiwań kokainu.**

Autor wstrzykuje z 4% rozczynu kokainu 2—3 przedziałek zwyczajnéj strzykawki Pravaza w tkankę podskórną. Po 5 minutach następuje zupełne znieczulenie na przestrzeni mniéj więcéj pięciomarkówki; sięga do powierzchownych warstw mięśni i trwa blisko pół godziny; przez wlanie kilku kropel rozczynu kokainu do rany można znieczulenie przedłużyć. Na sprawę gojenia postępowanie to nie wywiera szkodliwego wpływu. Ukłócie igłą czuje operowany dość wcześnie lecz nie jako ból, uczucie dotyku również nie jest zupełnie zniesione. Nieprzyjemnego działania ogólnego autor nigdy nie zauważył; wstrzyknięcie trzech podziałek 4% rozczynu na noc, sprawiło u autora tylko małe opóźnienie snu. Pewien morfinista zużył w przeciągu pół roku kokainu za 500 marek bez szkodliwych następstw, w miejscu wstrzykiwań nie powstały nigdy ropnie.

Ten sposób znieczulenia jest o wiele wygodniejszy niż znieczulanie eterem, jest bowiem tańszy, dla chorego przyjemniejszy, a znieczulenie sięga głębiéj niż przy zamrożeniu. Autor téż poleca ten sposób jak najgoręcéj do dalszych doświadczeń. (*Centralbl. f. Chir.* Nr. 48). *Dr. H. Schramm.*

Neisser (we Wrocławiu): **O zaraźliwości chronicznéj rzeżączki.**

Na Zjeżdzie lekarzy niemieckich w Strassburgu miał N. wykład o zaraźliwości chronicznéj rzeżączki. Jakkolwiek upławy cewki moczowéj objęte nazwą rzeżączki chronicznéj są zawsze zejściem rzeżączki ostréj, nie wszystkie jednak są zaraźliwemi. Miarą zaraźliwości jest obecność lub brak gonokoków w wydzielinie; badanie jednak trzeba przedsiębrać kilkakrotnie i to w różnych dniach, gdyż raz może ich brakować, mimo tego przy następném poszukiwaniu znachodzi się je w wielkiéj ilości. Przed badaniem zwykle wstrzykiwał do cewki rozczyn sublimatu 1:20.000, a potém badał wydzielinę używając do barwienia błękitu metylowego. Na 143 badanych przypadków zawierała wydzielina w 80 przypadkach gonokoki a w 63 przypadkach nie było ich zupełnie.

---

[1]) *Du genêt spartium scoparium*. Genêt zn. w niem. *Ginster*, *Ulex* (europ.).

[2]) Zdaje się, że opuszczono „w ośrodkach". *Przyp. Sprawozd.*

W rzeżączce starszéj nad 1 rok znalazł N. gonokoki w 18 przypadkach, nie znalazł ich w 20 przypadkach; w rzeżączce starszéj nad 2 lata był prawie ten sam stosunek, bo w 20 przypadkach był wynik dodatni, w 25 zaś ujemny. Lecz uwzględnić należy, że nawet taka rzeżączka chroniczna, w któréj wykazać można gonokoki nie zawsze jest zaraźliwą a przynajmniéj nie każde spółkowanie musi za sobą pociągnąć zarażenie. Jeżeli zatém kilkakrotne badanie nie wykazuje gonokoków i jeżeli zapalenie błony śluzowéj cewki nie pociąga za sobą innych dolegliwości; to według zdania N. nie potrzeba żadnych zabiegów leczniczych; bo te i tak są zwykle bezskuteczne a nie potrzebujemy się obawiać żadnych złych następstw. Tacy chorzy powinni jednak raz lub 2 razy w roku poddać się dokładnemu badaniu, aby można zawczasu zapobiedz głębszym zmianom w błonie śluzowéj lub jakiemukolwiek powikłaniu. Jeżeli zaś są gonokoki, trzeba się starać o ich usunięcie. N. posługuje się ku temu celowi miękkim kateterem, zaopatrzonym na końcu licznemi otworkami. Do wkraplania używa azotanu srebrowego 1:3000—1:2000 lub 5% roztworu salicylanu sodowego; rozchodzi się tu bowiem o to, aby można stósować środki mało drażniące ale często. Wewnętrzne stósowanie kokainu przyspiesza leczenie równie dla tego, że tenże działa niszcząco na gonokoki, jak i dla tego, że zapobiega wytworzeniu się zapalenia pęcherza, o które nie trudno po tak częstém kateteryzowaniu. (*Wien. med. Presse* 1885 Nr. 42). *Dr. Otto.*

Dr. M. Nonne. **Zakrzep żyły wrotnéj.**

N. obserwował 2 przypadki zakrzepu żyły wrotnéj. W pierwszym przypadku zakrzep powstał w skutek zaniku wątroby i bujania tkanki łącznéj około rozgałęzień żyły wrotnéj. W drugim zaś, dotyczącym 23-letniéj dziewczyny, pierwotnie była marskość wątroby, a następczo dopiero wywiązał się zakrzep żyły wrotnéj. Oba te przypadki skończyły się śmiercią. Podawany według Leydena brak żółtaczki jako objaw odróżniający marskość wątroby od zakrzepu żyły wrotnéj nie okazał się i w tych przypadkach pewnym, tak samo i krwotoki z nosa, płuc, żołądka, jakie mają występować na kilka lat przed śmiercią w skutek zakrzepu żyły wrotnéj nie mogą być uważane za objawy znamionujące tę chorobę. Jeden tylko objaw zdaje się być znamionującym, to jest nadzwyczaj prędkie występowanie puchliny brzusznéj po każdéj punkcyi, czego w marskości wątroby nie ma. Co do etyjologii to jedni autorowie uważają za pierwotną marskość wątroby, a że następczo dopiero powstaje zakrzep żyły wrotnéj, inni zaś przeciwnie tłumaczą zakrzep osłabieniem krążenia w skutek zmian starczych i nie chcą widzieć związku między marskością wątroby a zakrzepem żyły wrotnéj. Z przyczyn wywołujących marskość wątroby autor podaje przewlekłe zapalenie otrzewnéj, nadużycie napojów wyskokowych, gruźlicę, a zdarzają się przypadki, że występuje po zakaźnych ostrych chorobach. (*Archiv f. kl. Med.* t. 37).

Dr. J. Surzycki.

Dr. Edward Fritzl: **Poród wśród hypnozy.**

Bardzo ciekawy przypadek porodu wśród hypnozy opisuje F. z kliniki wiedeńskiéj, tém ciekawszy, że jestto pierwszy, jakiego opis w literaturze do dziś dnia się pojawił.

Kobieta, 26 lat licząca, przyjętą została w 8 miesiącu ciąży do kliniki. Wnet stwierdzono, że daje się ona bardzo łatwo wprawić w stan hypnotyczny, tak że wpatrywanie się przez 10 sekund w przedmiot błyszczący wystarczało, aby wywołać hypnozę. Wśród téjże stwierdzono wszelkie objawy znieczulenia tak skórnego jak i mięśniowego i upośledzenie siły mięśniowéj. Tętno płodowe pozostawało zupełnie niezmienione. Próby te powtarzano kilka razy. Z końcem 9tego miesiąca ciąży wystąpiły bóle porodowe słabe, krótko trwające, przyczém ujście maciczne stało się dla dwóch palców drożne. Po przedziurawieniu przez opisującego, pęcherza płodowego, bóle stały się silniejsze, częściéj się pojawiały a ujście okazało się dla 3ch palców drożne. Rodząca była przytém bardzo niespokojna. Stan ten trwał przez całą noc i następny dzień. Wieczór o godzinie $10^3/_4$ wprawił autor rodzącą w stan hypnotyczny, do czego wystarczyło kilka spojrzeń na oświetloną bańkę termometru. W stanie hypnotycznym bóle trwały daléj, a nawet stały się częstsze i silniejsze, na szczycie zaś każdego bólu tłocznia brzuszna działała tak silnie jak u każdéj innéj rodzącéj bez uśpienia. O godzinie $11^1/_4$ urodził się płód żywy i zdrowy. Łożysko zaś odeszło aż dopiero w trzy kwadranse po urodzeniu płodu, po całym szeregu dosyć jeszcze silnych kurczów macicy. Następnie za pomocą amonijaku, wody itd. obudzono matkę, która okazała nadzwyczajne zdziwienie na wiadomość o ukończonym porodzie i niezbyt ochoczo kwapiła się do podanego jéj dziecka nie uważając je za swoje. Poród odbył się prawidłowo.

Autor zwraca przedewszystkiém uwagę na to, że wśród takiego pobudzenia i podrażnienia, w jakiém rodząca się znajdowała, hypnoza tak łatwo uskutecznić się dała, następnie że bóle, które zdolne były odruchowo pobudzać do działania tłocznię brzuszną rodzącéj we śnie nie przeszkodziły a wreszcie że poród niezwykle prędko się ukończył. Wreszcie przyznaje autor, że przypadek ten musiałby iść wpierw jeszcze przed forum psychijatrów i neuropatologów, zanim nabierze znaczenia dla praktyki. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1885, Nr. 45). *W. Momidłowski.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie Tow. lek. krak. z dnia 4 listopada 1885.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 24.

1) Kol. Obaliński mówi „o ostatnich swych przypadkach laparotomii wykonanych z powodu niedrożności jelit“. (Rzecz ta będzie ogłoszoną).

W dyskusyi zabiera głos kol. Oettinger. Nie wdając się w stronę chirurgiczną wykładu, bierze pochop z uczynionéj kilkakrotnie wzmianki, iż przystąpiono do laparotomii po wyczerpaniu innych środków, a mianowicie czyszczących, do wyrażenia swego przekonania o szkodliwości w takich razach, gdy są obecne objawy zadrażnienia jelit, leków wypróżniających a pożytku kojących, zwłaszcza przetworów makowca. Uporczywe zaparcie stolca skłania i uwodzi jeszcze wielu lekarzy do usiłowań przełamania mocnym lekiem rozwalniającym, który atoli spodziewanego skutku nie sprowadza, lecz zwiększając zadrażnienie chorobę pogarsza. — Upragnione wypróżnienia następują dopiero po uspokojeniu zadrażnienia środkiem kojącym, który w takim przypadku staje się lekiem iście rozwalniającym.—Kol. Obaliński jest zdania, że gdzie nie ma pewności zapalenia otrzewny, należy nawet zastósować środki mechaniczno-czyszczące, jak obfite lawatywy zwyczajne, albo wywięzujące kwas węglowy, przez zestawienie kwasu winowego z dwuwęglanem sodu (*pulveres äerophori*), skutkiem czego działają rozprężnie. — Można téż do rury kauczukowéj odpowiednio przygotowanéj przystósować syfon z wodą gazową, jak to widział w pewnym przypadku, zalecane przez kol. Pareńskiego.— Kol. Warschauer zgodziłby się ze zdaniem, aby nie dawać środków przeczyszczających przy najlżéjszém nawet zadrażnieniu otrzewny, gdyby można z góry przewidzieć, że się będzie miało do czynienia z niedrożnością jelit; ponieważ zaś tego nie można odgadnąć, przeto podawanie środ-

ków rozwalniających jest co najmniéj usprawiedliwione. Zresztą chorzy jeszcze przed przybyciem przywołanego lekarza, z własnego przekonania używają rozmaitych środków czyszczących. Obecnie, kiedy laparotomija jest na porządku dziennym, możnaby się rzeczywiście ograniczyć do podawania środków kojących, zwłaszcza, że już teraz często sami chorzy dopraszają się operacyi dla uwolnienia od téj groźnéj choroby.—Kol. Oettinger nadmienia, że środkom mechanicznie czyszczącym przeciwny nie jest, tam jednak, gdzie one przypadków usunąć nie mogą, radziłby nie zwlekać z operacyją. — Kol. Rosner przypomina, że przedmiot dzisiejszéj dyskusyi był także omawianym na niedawno odbytym Zjeździe berlińskim, gdzie dla przypadków niedrożności jelit orzeczono trzy środki: opiata, lawatywy i pompowanie żołądka; gdzie zaś zostają one bezskuteczne, wskazaną jest operacyja. Otóż kol. R. pragnie zapytać kol. prelegenta, jakie ma zdanie co do pompowania treści żołądkowéj? Kol. Obaliński odpowiada, że w dwóch przypadkach widział takowe, lecz zabiegi nie zostały uwieńczone pomyślnym rezultatem.

Dr. Dobruchowski.

---

* Otrzymaliśmy następujące sprostowanie:

Szanowna Redakcyjo! Ponieważ protokół z posiedzenia Towarzystwa lekarskiego z dnia 21 października rb., przy odczytaniu którego nie byłem obecny, zawiera ze względu na moje przemówienie zdania wprost przeciwne wypowiedzianym przezemnie, przeto proszę o umieszczenie następującego sprostowania:

1) Nie powiedziałem, że się zgadzam zupełnie na zapatrywania prelegenta. Uwaga taka wcale nie miałaby sensu, gdyż prelegent kol. Trzebicky, jako asystent kliniki chirurgicznéj miał ten odczyt nie tylko za moją inicyjatywą ale i w porozumieniu ze mną, a to na podstawie przypadków operowanych na kamień w klinice chirurgicznéj przezemnie, a nie na podstawie statystyki Thompsona i Dittla, jaktoby wynikało z początku tego sprawozdania.

2) Powiedziałem, że zgadzam się w zasadzie na zapatrywanie kol. Obalińskiego a tém samém nie mogłem uważać cięcia dolnego za nieodpowiedne dla wydobycia kamienia. Jeden przypadek operowany przezemnie cięciem dolném, przytoczony w odczycie kol. Trzebickiego dowodzi tego najlepiéj, że wcale nie odrzucam téj metody.

Kraków dnia 7 grudnia 1885. *Dr. Mikulicz.*

V. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 49).

Otoczenie zewnętrzne podobnych zakładów do publicznego użytku również nie jest przywabiającém. Sterty na pół zgniłéj lub niedopalonéj słomy, zlewane od czasu wodą ze wspólnego zbiornika, raz tworzącą zaduchową kałużę nieczystości lub też znowu ułatwiającéj rozkład istot organicznych, czynią otoczenie łaźni perskich wstrętném i prawie że niedostępném dla każdego, co posiada jeszcze właściwą drażliwość błony Schneidera. Nie potrzeba wchodzić do perskiéj łaźni, wystarczy przejść około niéj, spojrzeć na rzędy porozwieszanych szmat kąpielowych, żeby raz na zawsze unikać zbliżania się do podobnych zakładów. Persowie jednak, bardziéj dbali o formę niż o rzeczywisty pożytek, niczém się nie zrażają. Brudy nie odstraszają ich i przekonani radą swych duchownych, że przez nabycie w łaźni tego lub owego stanu chorobowego, wolni będą od nurzania się w tych trujących kałużach, tak długo tam uczęszczają, dopóki nie odczują wcale niehigijenicznych jéj skutków. Muszę też dodać, że i kochają się w posiadaniu tego rodzaju zakładów. Uważając tylko siebie za czystych, z całym entuzyjazmem bronią przystępu do swych łaźni wszystkim, a nawet związanym z niemi węzłem religii Sunitom. To też bójki, często nawet krwawe, są tu na porządku dziennym.

Niechędostwo posunięte do zdumienia, wszelkiego rodzaju nieczystości spotykane na każdym kroku, od lat wypełniające dziedzińce i ulicę, mają jednak w Persyi i wyłączne, że się tak wyrażę, siedliska. Każde z większych miast posiada np. pewien cyrkuł wsławiony z walki, jaką toczy z tém wszystkiém, coby mogło zbliżyć do zachowania choćby tylko pozornéj czystości. Od takichto części miasta stroni nawet najpospoliciéj brudny Pers. Tam bowiem wieczne błoto, najgorsza woda, zdala już odrażające wyziewy, czynią podobne miejscowości ogniskiem, zkąd wybiegają najbardziéj mordecze plagi, jakim tak często ulega tutejsza ludność. Mieszkańcami podobnie zadżumionych punktów są zwykle Cyganie, perscy Ormianie, tutejszy choć nieliczny Izrael i w ogóle najuboższe klasy ludności, pośród któréj z największą łatwością dają się dostrzedz choroby zakaźne, gnilec, trąd, parch, a niemniéj też i cierpienia przenośne ze zwierzęcia na człowieka, jak nosacizna i krosta czarna. Podobne części miasta zwane Meskinat, otoczone największą pogardą posiadają właściwy sobie rodzaj socyjalnych stosunków. Mają także swój bazar, łaźnię i tu i owdzie wyrosłą kępkę ziela; mieszkańcy lubią sobie żartować z obywateli innych części miasta i za pogardę na jaką twierdzą, że nie zasługują, przy każdéj stosownéj okoliczności mszczą się w najdzikszy sposób. Oczywiście „Parya“ indyjski odgrywa tu rolę bohatera. Onto ukryty pośród cmentarnych dołów, podobny nienasyconéj hijenie czuwa na swą zdobycz i śmielszy od swych sąsiadów nigdy nie przebacza. Tutajto zbrodnia i nierząd są ściśle związane z bytem téj warstwy ludności perskiéj. I gdy starałem się wyśledzić, jaki stopień rozwoju zajmują tu choroby weneryczne, wskazano mi właśnie podobne części miasta jako siedlisko tych cierpień i doradzano tam się zwrócić, jeżeli zamierzam przeprowadzić moje studyjum lub zebrać bardziéj szczegółowe daty.

Przechodzącego pobocznemi uliczkami tutejszych miast uderza często niedająca się wyrazić wrzawa głosów dziecięcych, nad któremi dominuje poważniejszy miarowy i tylko od czasu do czasu dający się słyszeć wykrzyk. Sąto szkółki elementarne dla dzieci perskich płci męskiéj. Sposób czytania jako bardzo prosty nie przedstawia nic ciekawego. Lecz miejsce, w którém dziecko oswaja się z pisownią wschodnią, rozwija niejako organ głosu, sylabizując śpiewnie werseta z księgi zakonu, zasługuje na bliższe poznanie. Przestrzeń, w jakiéj odbywa się nauka, jestto ciasna stancyjka z drzwiami od ulicy, będącemi jedyną drogą doprowadzającą światło i powietrze. Na bardzo już zużytych słomianych podściółkach usadawiają się rzędem chłopacy, pilniejsi cisną się do drzwi, przy których zasiadł rudobrody Hodża czy Mołła, bardziéj niedbali tłocząc się w kąty lub zajmując podścienia. Z podkurczonemi nogami opierając się głównie na kolanach, z ciałem podaném naprzód, chłopcy w liczbie kilkunastu lub nawet więcéj, śpiewnie wykrzykując powtarzają za nauczycielem głoskę za głoską, jedni je składają, drudzy odczytują, a cała ta mała gromada huczy, szumi, nużąc się bardzo prędko z braku jedynie dostatecznéj ilości powietrza. Podobne zajęcie nie bywa oznaczone godzinami. Mieszkający w stancyjce nauczyciel stale tam przesiaduje. Uczącym się zaś pozostawiono dowoli bawić w szkółce dłużéj lub krócéj. Lecz ten sposób nauczania, pomijając już małe korzyści, jakie przynosi, szkodliwie zwykł oddziaływać na zdrowie i zaledwie rozwijający się ustrój chłopięcia. Wysilając wzrok w ciasnéj i na pół ciemnéj izbie, skurczony w ciągu kilku godzin, już w zaraniu swego wieku młody Pers traci chęć do ruchu, staje się opieszałym, leniwieje

i nabywa nałogu czyniącego dłań nadzwyczaj uciążliwą każdą dłuższą pracę. Dowód niekorzystnego wpływu szkółek na zdrowie uczących się znajdujemy w porównaniu ich z dziećmi nieuczęszczającemi jeszcze do szkoły. Te ostatnie spotykane na ulicy cechują się cerą zdrową, są żywe, bawią się wesoło i tylko po stroju zdradzają dzieci Wschodu, podczas gdy uczęszczające do szkółki wyglądają mizernie i wszystkie prawie uskarżają się na osłabienie siły akomodacyjnéj oka, tak że szkółki perskie w stanie, w jakim je zastałem, wypada stanowczo policzyć do rzędu przyczyn niekorzystnie oddziaływających na zdrowie dzieci. Dotyczyto zarówno szkółek elementarnych, jak i tych, gdzie się młody Pers przygotowuje do zawodu szczegółowego. W Teheranie szkoła wojskowa i lekarska, w Ispahanie i Szyrasie szkoły dla duchownych, zredukowane do zbyt szczupłych przestrzeni, niejednego naraziły na długotrwałe cierpienia oczne i zamiast skromnego choćby tylko wykształcenia wtrąciły w stan bezwładu umysłowego. Odczytywanie wreszcie starych pism kanonicznych, nauka nabywana wyłącznie w Medżet (stolicy perskiego Khorozanu) znanym ze swych złych warunków higijenicznych, wytłumaczyło mi tak wielką częstość chorób ocznych pośród młodych perskich duchownych. O tak koniecznéj reformie higijenicznéj nie wspominam nawet, bo o jéj przeprowadzeniu nikt tu wcale nie myśli, ponieważ nauczanie pozostawione przesiąkniętéj fanatyzmem kaście duchownych, podług ich fundamentalnéj zasady, powinno stworzyć społeczeństwo na pół bezmyślne i fizycznie wątłe.

Z powyższego poglądu wypadałoby sądzić, że wszystkie warstwy ludności perskiéj rodzą się i żyją w najgorszych higijenicznych warunkach. W ogóle tak tu jest. Lecz i od tego prawidła istnieje pewien wyjątek. Jeżeli bowiem higijena publiczna w Persyi rozmija się z właściwemi celami, to higijena prywatna bywa znowu uwzględnianą często nawet do przesady. Spotykamy zaś tę wydatną różnicę wyłącznie pośród wyższych i dostatniejszych klas społeczeństwa, pośród tak tu częstych rodzin zpokrewnionych przez swe żony z domem panującego i zwanych Schach-zade, dalej u feodalnych obywateli czyli „Khanow“ i wreszcie rozmaitych „Saabów i Mirzów“, dzięki fortunie wyniesionych do pewnego stopnia znaczenia. U nichto dziecinna skłonność otaczania się têm wszystkiém, co lśni i bawi oko, co przyczynia się do podniesienia lub uwydatnienia rodowej dumy, do zaimponowania swém otoczeniem, jest zdaje się jednym z powodów starania się o pozostanie w bardziej racyjonalnych warunkach higijenicznych, przestrzegając i nakazując ich zastósowanie przynajmniéj we właściwém domowém życiu. Z pospiechem téż i przyjemnością korzystałem z każdéj okoliczności, aby wydobywszy się ze zgniłéj atmosfery miast tutejszych, przepędzić jakiś czas w miejscach zarezerwowanych niejako na mieszkanie dla zamożnych tutejszych obywateli. Tutaj jakkolwiek zewnętrzna postać ulicy i domu zdradzają zawsze perską siedzibę, to jednak przemknąwszy się poza bramę, podług zwyczaju zawsze zdobną w mozajkę z fajansowéj emalii i mającéj w sobie coś monumentalnego, spotykamy się zaraz z prawdziwie wschodnim powabem, wcale niepodobnym do tego małpiarstwa zwyczajów oryjentalnych, jakie tu i owdzie spotykamy jeszcze nad Bosforem. Mieszkanie bowiem zamożnych tutejszych obywateli to prawdziwe pieścidełko, na którego powstanie złożyły się marmur, cegła na pół wypalona, kamień, emalija, szyby z kolorowych szkieł, rzeźba a niekiedy nawet i bronz. Domy, czyto znajdują się po wsiach, jako tak zwane „kale“ (zameczki), czy téż po miastach, jako „Menzyl“ (siedziba) podzielone są na kilka części bez uwydatnienia jednak téj rażącéj różnicy, jaką spotykamy w Turcyi, która zależy na zamykaniu drzwi gyneceum i pozostawiania tylko wstępu do pokoi zamieszkałych przez mężczyzn. Wprawdzie i potomek dawnych Medów kryje także odaliski, lecz w tym zwyczaju unika zbytecznéj przesady. Totéż w jego domu odrazu daje się zauważyć większy ruch i swoboda. Bo i jakżeż mogłoby być inaczéj. W środku dziedzińca powabny ogródek, altany otoczone „Glicyną“ lub winną latoroślą, strumienie kryształowéj czystości wody zasilają tu i owdzie ustalone fontany, i najbardziej odzwyczajonego od ruchu przywabiają ku sobie przyrzekając cień i łatwe orzeźwienie się. Każdy pokój mieszkalny wybielony i pokryty warstwą lśniącego pokostu posiada bezwarunkowo jednę ze ścian oszkloną, która téż opatrzone jest jedném wysokiém i obszerném oknem, otwartém prawie do północy i doprowadzającém dostateczną ilość powietrza. Sufit otynkowany i okryty malemi zwierciadłami, lub tylko sztukateryjami z kolorowych szkieł, podłoga wyłożona kamienną mozajką lub tylko kaflami pokrytemi różnokolorowym pokostem, jest zawsze wysłaną najprzód misternie wyrobioną rogóżką trzcinową, którą znowu okrywają dywany cenne i pulchne, dotykane przez Europejczyka tylko z pewną powagą. Prócz wysokiego jednociągłego okna każdy pokój posiada co najmniéj parę drzwi i koniecznie jeden kominek, co wszystko razem wzięte przyczynia się bardzo do odnowy powietrza, utrzymując je w pokojach czystém i świeżém. Mieszkania Persów nie są tak przepełnione sprzętami, jak to spotykamy u innych ludów dalekiego Wschodu. Liczne framugi i wyżłobienia w murze nie ścieśniając przestrzeni służą do pomieszczenia wszystkiego, co służy do ozdoby pokoju. Wreszcie i zimą nawet Pers jest praktyczniejszy od swego sąsiada Turka. Bo zamiast nieznośnych „Mangałów“ z rozżarzonym węglem, używa tak zwanych „Katci“, przy których ogrzewa się we właściwy oryjentalny sposób. Oto przy jednéj ze ścian pokoju w wyżłobienie zrobione w podłodze dość głębokie i obszerne, nasypuje się żar węglowy. Nad wyżłobieniem ustawia się niski lecz duży czworoboczny taburet okryty szerokiemi kołdrami i wreszcie dywanem. W otoczeniu materace, poduszki i znowu dywany, służą siadającym do nadania sobie dowolnéj wygody. Całe więc kółko domowe zasiada przy takim przyrządzie. Dolne odnogi wkłada się pod kołdry, ogrzewa się utrzymaną w granicach ciepłotą, pozostawiając górną część tułowiu zupełnie na wolném powietrzu, odświeżaném ciągłym napływem przez na pół otwartą oszkloną ścianę. Jednocześnie samowar kipi, na kominku ogień strzela, dziatwa bawi się, kobiety haftują, wyrabiają słodycze, lub spoglądając w dal poza murawę częstują się jedną i tąż samą Narghilą. Gospodarz, jeżeli go nie odstrasza wrzask dzieci i towarzystwo dam nie nuży, grzeje się także przy wspólném ognisku, od czasu do czasu rozbudza swą fantazyję fajeczką nałożoną makowcem, i opowiada kobietom ustępy z poezyj Sadiego, tak że w ten sposób prowadzony tryb życia domowego zgadza się najzupełniéj z dewizą dowcipnego Hodży Nagher-ed-edina: „trzymaj nogi ciepło, a nie zaszwankujesz na zdrowiu“. Dodam wreszcie, że kuchnia domowa, jakkolwiek znajdująca się w tym samym obrębie, jest zwykle dość oddaloną, tak że od właściwych jéj wyziewów mieszkańcy najzupełniéj są wolni. To samo dotyczy i innych ustępów domowych, które urządzone wedle systemu dołowego, dzięki silnemu strumieniowi wody, jaki je przebiega, szybko uwalniają dół z nagromadzonych wy-

dzielin ustrojowych, unosząc je ku mniéj uprzywilejowanym częściom miasta. Wreszcie zwyczaj nieutrzymywania po domach drobiu nie mało się także przyczynia do zachowania podwórzy w należytéj czystości. Słowem pod względem higijeny domowéj u zamożniejszych tutejszych mieszkańców to tylko można dodać, że gdyby przestrzeganie i zachowywanie jéj u siebie skłoniło także i do przeniesienia jéj na zewnątrz, wtedy pożądany porządek i schludność osobista uczyniłyby Persa znacznie dla każdego przystępniejszym.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 22—28 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 32,9. Z odry umarło 4 (5 z. t.); z błonicy 3 (4 z. t.); z duru brzusznego 0 (2 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 15 przypadkach odry, 1 płonicy, 1 błonicy, 1 róży. W tygodniu od 15—21 listopada umarło z ospy: w Berlinie 1, w Wiedniu 20, w Warszawie 5, w Budapeszcie 4, w Pradze 8, w Rzymie 1, w Wenecyi 11, w Bazylei i Genewie po 1, w Paryżu 3, w Londynie i Liwerpolu po 1, w Petersburgu 2. Z duru osutkowego umarło: w Akwisgranie 3, w Warszawie i Petersburgu po 2. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 4. Z duru brzusznego umarło w Hamburgu 11, w Tryjeście 9, w Paryżu 15, w Londynie 24, w Warszawie 7, w Petersburgu 13, w Odesie 7. Z odry umarło: w Bremie 14, w Gdańsku 12, w Królewcu 34, w Paryżu 21, w Londynie 44, w Liwerpolu 20. Z płonicy umarło w Hamburgu 10, w Chrystyjanii 10, w Petersburgu 18. Z błonicy umarło: w Berlinie 39, w Altonie 9, we Wrocławiu 10, w Dreźnie 11, w Hamburgu 10, w Paryżu 38, w Londynie 34, w Warszawie i w Chrystyjanii po 14. Z krztuśca umarło w Londynie 42.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 15—21 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców; w Krakowie 37,2; w Warszawie 26,8; w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 23,3; w Pradze 30,7; w Budapeszcie 27,0; w Tryjeście 26,3; w Berlinie 27,9; w Gdańsku 28,2; w Hamburgu 25,4; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Amsterdamie 21,3; w Bazylei 14,3; w Brukseli 30,8; w Chrystyjanii 25,2; w Kopenhadze 21,0; w Londynie 19,9; w Odesie 34,5; w Paryżu 21,9; w Petersburgu 23,8; w Rzymie 22,0; w Stokholmie 22,6; w Wenecyi 29,4; w Zurychu 14,7. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 10 grudnia. Wielu kolegów tutejszych otrzymało wczoraj broszurę przed kilku tygodniami w jednym z dzienników lwowskich ostentacyjnie zapowiedzianą, p. t. „Zagadkowa śmierć śp. R. M., Otrucie czy śmierć naturalna“ (Odpowiedź na orzeczenie pp. chemików prof. Dra Radziszewskiego i Dra Schramma, jakoteż na orzeczenie Wydziału Lek. Uniw. krak.), napisał Dr. Longin Feigel, Profesor Medycyny sądowéj Uniw. lwowskiego itd. Lwów, 1885, in 8vo, str. 31. Broszura ta omawia przypadek lwowski, który w październiku r. b. był przedmiotem oceny Wydziału lek. naszego. Jak tylko miejsce nam pozwoli, przystąpimy po Nowym Roku do ogłoszenia drugiéj seryi orzeczeń Wydziału lek. i rozpoczniemy od podania ściśle na podstawie aktów przypadku, o który się rozchodzi, a przy téj zręczności szan. autor otrzyma odpowiedź dla siebie.

* *Kronika Lekarska* w Nrze 22 z d. 15 listopada r. b. podaje z Przeglądu Lek. notatkę „o zgromieniu“ przez czasopismo *W. med. Woch.* uniwersytetu krakowskiego, podając słowa jego: „O uniwersytecie krakowskim mało co wiadomo itd.“ bez uwag tygodnika naszego, wywołując przez to wrażenie, jakoby na tendencyjną tę napaść niechcieliśmy lub nieumieliśmy nic odpowiedzieć. Dziękujemy koleżance warszawskiéj za solidarność z nieprzyjaciółką wszystkiego, co słowiańskie i polskie.

* P. Maryja Żelaskowa, wdowa po tajnym radzcy sanitarnym Drze Józefie Żelasko poszukuje kierownika dla zakładu dla chorych umysłowych i nerwowych przez śp. jéj męża założonego a od 28 lat istniejącego w Kowanówce pod Obornikiem w W. X. Poznańskiém; kierownik ten już ze względu na chorych ma władać biegle językiem polskim. Byłoby rzeczą bardzo pożądaną, aby znalazł się kolega polak, któryby utrzymał reputacyję zasłużoną tego zakładu polskiego.

* W ostatnim numerze *Berl. klin. Wochenschrift* redakcyja zwraca uwagę, że działanie kokainu znane już było dawniéj i że już przed 20 laty robiono doświadczenia w pracowni Wöhlera w Getyndze nad rośliną sprowadzoną przez Dra Scherjesa, który miał udział w wyprawie okrętu austr. „Novara“. Ów zagadkowy Dr. Scherjes nie jest to jednak nikt inny jak zmarły niedawno w Wiedniu Dr. Scherzer, który rzecz opisał obszernie w 2-tomowém dziele, traktującém o wyprawie Novary. W numerze przyszłym podamy odnośny ustęp z dzieła jego.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowna Redakcyjo! W miasteczku Żurawnie umarł nagle w skutek nieszczęśliwego przypadku lekarz miejski chirurg Leopold Lityński. Mieszkańcy Żurawna i okolicy pozbawieni zostali jedynego lekarza tam osiedlonego. Ponieważ tamże utrzymuje się apteka, jest Sąd powiatowy, ponieważ dotąd 1 lekarz z liczną rodziną, a dawniéj dwóch chirurgów tam żyło, więc jest nadzieja, że i nadal jeden lekarz tamże utrzymaćby się mógł, aczkolwiek gmina biedna, przeważnie przez ludność izraelicką zamieszkała, nie ofiaruje lekarzowi żadnego wynagrodzenia prócz należytości za oględziny zmarłych i bydła. Na prośbę kilku żurawieńskich mieszkańców donoszę o tym wakansie młodszym kolegom za łaskawém pośrednictwem Przeglądu Lekarskiego.

Stryj 3 grudnia 1885. *Dr. Serkowski.*

* **Praga czeska** d. 7 grudnia. Na posiedzeniu Spolku lekařův českých demonstrował: 1) prof. Weiss *Enchondroma* u mężczyzny 44 letniego; nowotwór wychodził z żeber i zajmował całą przednią powierzchnię lewéj połowy klatki piersiowéj. Na powierzchni nierównéj guzowatéj mniejsze guzki twarde, w niektórych miejscach chełbotanie; 2) prof. Hlava okazał następujące preparaty anatomiczne: *a*) Tętniak tętnicy płucnéj w jamie gruźliczéj; *b*) 2 przypadki kiły odbytnicy u kobiet starszych; *c*) Tętniak pochodzący z pozostałości *ductus omphalomesaraicus* wielkości głowy dziecka. Preparat ten pochodził z 7-letniéj dziewczyny, która często skarżyła się na boleści w brzuchu, zresztą nie okazywała żadnych objawów. W ostatnich dwóch dniach nastały objawy niedrożności jelit i chora nagle umarła. Torbiel wywołał ucisk na jelito, ztąd niedrożność i następowe zapalenie otrzewny. *d*) Ograniczoną do lewéj połowy miednicy *halisteresis ossium* u kobiety 90-letniéj. *Dr. Obrzut.*

* **Kijów** 1 grudnia. D. 14 listopada odbyło Towarzystwo lekarskie kijowskie posiedzenie administracyjne, na którém sekretarz Dr. Kozłowski odczytał sprawozdanie z czynności Towarzystwa za r. 1885. następnie nekrolog śp. prof. Dra Ludwika Goreckiego b. wiceprezesa Towarzystwa. Poczém przystąpiono do wyborów na następne trzechlecie: prezesa, wiceprezesa, sekretarzy i biblijotekarza; wybranymi zostali: prezesem prof. Münch, wiceprezesem Dr. Afanasiew, sekretarzami: Dr. Flejszer i Dr. Kozłowski, biblijotekarzem Dr. Szadek.

Rodak nasz Dr. Konrad Rumszewicz, zaszczytnie znany w lekarskiéj literaturze z licznych prac, umieszczanych w polskich czasopismach, wybrany został docentem okulistyki w Uniwersytecie charkowskim, nie zrzekając się dotychczasowéj posady wojskowego okulisty okręgu kijowskiego. *Dr. Karol.*

* **Wiadomości uniwersyteckie. Jena.** Prof. otyjatryi Weber-Liel z powodu choroby zrezygnował ze swéj profesury.— **Lipsk.** Na budowę zakładu farmakologicznego rząd saski przeznaczył 400,000 marek.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Piotr Kucharski z Domosławic i Józef Gozdecki z Kołaczyc w Galicyi.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 49: Neugebauera (syna): Rozwieracz nóg dla operacyj giniatrycznych. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 49: Heringa: Nerwice zwrotne wywołane cierpieniem jam nosowych; Funka: Przyczynek do nauki o wrodzonéj rybiéj łusce. — W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* z. III: (z kliniki prof. Mikulicza) Schramma: O znaczeniu infuzyi solnéj

w niedokrewności ostréj i porównanie jéj wartości z transfuzyją krwawą, oraz kilka prób z wlewaniem innych cieczy; Heilperna; O wartości pożywczéj chleba w obec nowoczesnéj techniki piekarskiéj.

Redakcyja otrzymała:

Prof. KRAFFT-EBING: Nasz wiek nerwowy. Przekład z upoważnienia autora. Warszawa, nakładem T. Paprockiego i Sp. 1866 in 8vo str. 125.

Dr. JASIŃSKI: Wady wzroku jako przyczyna skrzywień kręgosłupa. (Odbitka z „Gazety Lek."), Warszawa 1885, in 8vo str. 12.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 16 b. m. w Sali Akademii Umiejętności o godzinie 6éj posiedzenie zwyczajne, na którém 1) kol. Pieniążek mówić będzie o kokainie, jako środku miejscowo znieczulającym, poczém 2) odbędą się wybory urzędników Tow. lek. na rok 1886.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Expedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 19 grudnia 1885. **№ 51.** Rok XXIV.

Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1886 **rok dwudziesty piąty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „

we Francyi i Belgii

rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu, p. Adam, Rue Clément 4. — Ogłoszenia przyjmują: Administracyja, oraz w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4 i p. Leszczyński Bd. Voltaire 104bis.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Przyczynek do kazuistyki wycinania wrzodu stwardniałego.

Podał Dr. A. Zarewicz,
prymaryjusz oddziału chorób wenerycznych i skórnych, docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

Wycięto zatém wrzód stwardniały raz w 48 godzin po jego pojawieniu się, w czterech razach piątego dnia, w czterech innych przypadkach czas trwania wrzodu był od 6ciu do 10 dni, a w pozostałych pięciu przypadkach wrzód trwał dwa razy dni 12, raz dni 14, a dwa razy od 21 do 22 dni. Podania chorych co do czasu trwania wrzodu odpowiadały objawom, jakie u chorych spostrzegano.

Czas wylęgania się wrzodu stwardniałego w przytoczonych przypadkach był przez chorych rozmaicie podawanym, dla tego téż niechcąc wyłącznie polegać na chwiejnych podaniach chorych, a nie mogąc dostarczyć pod tym względem pewnych szczegółów, wolę okoliczność tę zupełnie pominąć, a przechodzę natomiast do innych ważniejszych uwag.

Gojenie rany nastąpiło w trzech przypadkach w zupełności przez rychłozrost, w dziewięciu przypadkach rana goiła się w części przez rychłozrost a w części przez ropienie, które w niektórych przypadkach ograniczyło się tylko do bardzo nieznacznéj przestrzeni. W dwóch przypadkach rana w całości goiła się przez ropienie. Ponieważ największą przeszkodą w gojeniu się ran na prąciu przez rychłozrost są naprężenia członka, z tego powodu nauczony doświadczeniem radzę z jednéj strony, szczególnie w pierwszych kilku dniach o ile możności jak najenergiczniéj występować przeciw takowym wiadomemi sposobami i środkami, a powtóre nie radzę zawcześnie szwów odejmować. W przypadkach moich najkrótszy czas gojenia się rany (przez ropienie) po wyciętym wrzodzie był dni sześć, a najdłuższy wynosił dni dziewiętnaście. W siedmiu przypadkach w miejscu wyciętego wrzodu po zagojeniu się rany wytworzył się w bliźnie tak zbity naciek, iż niemal w niczém się nie różnił od stwardniałości cechującéj wrzód pierwotny, a w jednym z tych przypadków stwardniałość połączoną była nawet z płytkim na jéj powierzchni rozpadem. Że ponowne wystąpienie stwardniałości nie jest zawisłém ani od szybkiego ani od dłuższego gojenia się rany, dowodem tego jest przypadek 13 i między innemi przypadek 4. W pierwszym z nich stwardniałość wytworzyła się ponownie, mimo to iż rana zagoiła się przez rychłozrost, podczas gdy w drugim rana w całości goiła się przez ropienie, i to przez czas ze wszystkich przypadków najdłuższy, a mimo to stwardniałość

w bliźnie nie wystąpiła. Stwardniałość w miejscu wyciętego wrzodu wystąpiła najpóźniéj 40go dnia licząc od dnia wycięcia wrzodu, a zatém w czasie, w którym rana już dawno zagojoną była. Nadmieniam jednak, i na tę okoliczność szczególny nacisk kładę, iż wznowienie się stwardniałości nie było następstwem niedokładnego wycięcia wrzodu, a tém mniéj zanieczyszczenia rany wydzieliną wrzodu w czasie operacyi, gdyż w obec sposobu operowania i w obec zachowania wszelkich ostrożności w czasie operacyi, oba te przypuszczenia, gdyby się komu nasunęły, uważam za nieprawdopodobne.

Gruczoły pachwinowe przedstawiały się w przypadkach operowanych w ten sposób, iż w przeważnéj liczbie były one przed wycięciem wrzodu nieznacznie powiększone, u niektórych chorych gruczoły były nawet tak małe, iż na razie wahałem się orzec, czy uważać je należało za gruczoły chorobowo zmienione. Jedynie w jednym przypadku gruczoły pachwinowe przed wycięciem nie były zajęte, zaczęły one jednak po wycięciu zwolna powiększać się i w dalszym przebiegu przybrały nawet dość znaczne rozmiary. W przypadku tym wystąpiła w niespełna miesiąc po wycięciu recydywa wrzodu stwardniałego.

We wszystkich innych przypadkach, z wyjątkiem dwu przypadków, gruczoły pachwinowe także się powiększały po wycięciu wrzodu stwardniałego. Zwiększanie się gruczołów pachwinowych a równocześnie z tém wzmaganie się ich konsystencyi wystąpiło najwcześniéj trzeciego dnia a najpóźniéj około 29 dnia licząc od dnia wycięcia. To powiększanie się gruczołów pachwinowych po wycięciu wrzodu nie było zawisłém od ropienia, albowiem spostrzegałem przypadki, w których gruczoły obrzękały dość późno po zagojeniu się rany, jak np. w przypadkach 3, 8, i 10, w których gruczoły dopiero w kilkanaście dni po zagojeniu się rany powiększyły się. Jedyny wyjątek stanowi przypadek 11, w którym po rychłozroście rany gruczoły pachwinowe nie powiększyły się wcale, przeciwstawić mu jednak należy przypadek 13ty, w którym mimo to, iż rana zagoiła się przez rychłozrost, gruczoły pachwinowe, które przed operacyją były bardzo nieznacznie zajęte, po wycięciu przybrały dość znaczne rozmiary. Także wyjątkowym jest przypadek 2, w którym gruczoły pachwinowe przed wycięciem wrzodu były dość znacznie powiększone, po wycięciu, mimo ropienia rany przez dni czternaście, zmniejszyły się. Gruczoły pachwinowe zwiększały się po wycięciu wrzodu niezawiśle od recydywującéj stwardniałości, gdyż zwiększanie się gruczołów prawie zawsze wyprzedzało ponownie wytwarzającą się stwardniałość, a wreszcie powstawało ono i w tych przypadkach, w których nie było wznowienia się stwardniałości.

Jeżeli zatém uwzględnimy wszystkie powyższe szczegóły dotyczące zachowania się gruczołów pachwinowych przed i po wycięciu wrzodu pierwotnego, to przypuścić możemy, iż jad syfilityczny dostaje się do gruczołów w samych początkach pojawienia się wrzodu, gdzie następnie po wycięciu już niezawiśle od sprawy chorobowéj na prąciu daléj swoje działanie rozwija.

Obecnie przystępuję do najważniejszéj kwestyi, a mianowicie do pytania, czy przez wycięcie wrzodu stwardniałego, chociażby ono dość wcześnie dokonaném zostało, można zapobiedz ogólnemu zakażeniu?

We wszystkich powyżéj przytoczonych przypadkach, między któremi znajduje się jeden, w którym czas trwania wrzodu był tylko 48 godzin, wystąpiły objawy zakażenia ogólnego. Przypadek 5ty, w którym chory po szybkiém wygojeniu się opuścił szpital i więcéj nie był już widzianym, uważać należy za stracony.

Zmiany ogólne występowały, licząc od czasu pojawienia się wrzodu, między dniem 32 a 66, t. j. w czasie, jaki zwykle przyjmujemy w tych razach, w których na przebieg kiły żadne leczenie ogólne przeciw wrzodowi pierwotnemu wymierzone nie wpływało. W przypadkach 1 i 3im wystąpienie zmian ogólnych przeciągnęło się znacznie po nad ten czas, albowiem w pierwszym wystąpiły one w dniu 146, a w drugim zmiany na błonach śluzowych pojawiły się w 110 dni od czasu wystąpienia wrzodu.

W dwu przypadkach uważano, iż przed wystąpieniem zmian ogólnych wystąpiły zaburzenia w organizmie polegające na ogólném niedomaganiu, braku apetytu, dreszczach itp. objawach; co do zachowania się w tych przypadkach ciepłoty ciała nie mogę podać żadnych danych, gdyż chorzy ci leczeni byli ambulatoryjnie.

Z wyjątkiem jednego przypadku (5), w którym zmiany ogólne wystąpiły w formie obfitych guzków syfilitycznych i kłykcin sączących na napletku, we wszystkich innych objawy ogólne polegały na wystąpieniu wysypki plamistéj, bądź to skąpo i niejednostajnie, bądź téż mniéj lub więcéj obficie rozsianéj, niekiedy z nieliczną przymieszką guzków syfilitycznych. Obok plam syfilitycznych znajdowała się jednak kłykcina sącząca około odbytnicy w przypadku pierwszym. W przypadku 3cim były w dwu miejscach lekkie zapalenia okostny, w przypadku 9tym po jednéj kłykcinie sączącéj na mosznach i około odbytu, w końcu zaś w przypadku 10 istniała obok obfitych plam syfilitycznych na ciele, tak zwana łuszczyca syfilityczna na dłoniach i podeszwach obok kłykcin sączących na wewnętrznéj blaszce napletka i żołędzi. Obok wyżéj wymienionych zmian na skórze występowały także na błonach śluzowych zmiany syfilityczne, przeważnie jako powierzchowne, nieznaczne kłykciny sączące najczęściéj na łukach podniebiennych usadowione. W dwu przypadkach ograniczyły się zmiany do zaczerwienienia błony śluzowéj podniebienia, a w czterech razach błony śluzowe były zupełnie wolne od zmian chorobowych.

Zmiany ogólne występowały tak w tych przypadkach, w których w czasie wycięcia wrzodu gruczoły nie były powiększone, jak i tam, gdzie po wycięciu wrzodu pierwotnego w bliźnie stwardniałość nie powróciła. Na tę ostatnią okoliczność o tyle znaczniejszy nacisk kładę, gdyż od tego szczegółu niektórzy autorowie czynią zawisłém powodzenie wycięcia.

Stan gruczołów karkowych i barkowych przedstawiał się bardzo korzystnie, albowiem obrzęki gruczołów towarzyszące zmianom ogólnym były bardzo nieznaczne. Przeważnie napotykano tylko powiększone gruczoły barkowe, wydarzały się jednak i tego rodzaju przypadki, w których gruczoły nie były wcale zajęte.

Pod względem leczenia zmian ogólnych w powyżéj przytoczonych przypadkach nadmienić tylko mogę, iż w każdym z nich prócz wskazań chorobowych musiano także uwzględniać poszczególne stosunki osobiste chorego. Dla tego téż stósownie do czasu, jakim chory rozporządzał, albo téż ze względu na jego stosunki towarzyskie obierano, jeżeli stan chorobowy na to zezwalał, odpowiednie poniekąd, że tak powiem, dla pacyjenta przystępne leczenie.

Ponieważ do ocenienia, czy kiła przebiega łagodnie lub ciężko, niezbędném jest także uwzględnienie nawrotów

choroby, przeto poniżéj podaję w streszczeniu krótki pogląd na przebieg recydyw. Przedtém jednak niechaj mi wolno będzie wspomnieć, iż jeżeli ze zmian ogólnych, które po wyciętym wrzodzie jako pierwszy objaw tak zwanego zakażenia ogólnego występowały, można sobie było utworzyć pewnego rodzaju sąd, o ile przez wycięcie wrzodu zmiany następowe zmodyfikowane zostały, to co do dalszego przebiegu kiły ze względu na poprzedzające leczenie sąd ten nie może być już dokładnym. Pozostawienie choroby po wycięciu wrzodu stwardniałego w obec zmian ogólnych jéj własnemu naturalnemu biegowi było w powyżéj przytoczonych przypadkach dla mnie z łatwych do odgadnięcia powodów niemożebném.

Nawroty kiły u chorych, którym wycięto wrzód stwardniały, wystąpiły tylko u siedmiu chorych, trzech chorych nie pojawiło się więcéj po przebyciu zmian następowych, dwu chorych pozostaje jeszcze w obserwacyi, a u jednego chorego od lat sześciu nie ma żadnych objawów kiły.

Pierwsze recydywy odznaczały się nader łagodnemi objawami, a mianowicie byłyto albo odnawiające się nieliczne gromady plam, które występowały równocześnie z powierzchnownemi kłykcinami sączącemi na błonach śluzowych, albo też li tylko płytkie kłykciny sączące w jamie ustnéj. Następne powroty objawiały się jeszcze łagodniéj, albowiem byłyto pojedyncze i nieznaczne kłykciny sączące na błonie śluzowéj jamy ustnéj. Recydywy zwykle występowały w ciągu pierwszych 17 miesięcy i było ich, jak to w dwu tylko przypadkach zauważano, co najwyżéj trzy.

Z pomiędzy wszystkich przypadków recydyw jeden tylko wyróżniał się od innych przypadków uporczywszym przebiegiem, gdyż po łagodnych lecz częstych nawrotach kiły wczesnéj wystąpiły w trzecim roku trwania choroby objawy kiły późnéj, jako nieliczne skórne kilaki na odnogach dolnych. Wprawdzie objawy te przebiegały także łagodnie, lecz ponieważ przypadek ten już w czasie wystąpienia zmian ogólnych (obfita wysypka guzkowa) zaznaczył się zmniejszoną odpornością na jad syfilityczny, sądzę zatém, iż cały dotychczasowy przebieg kiły w przypadku 4ym upoważnia do przypuszczenia, iż w tym razie co do dalszego rokowania wypada być nieco ostrożniejszym.

Z siedmiu przypadków, w których wystąpiły recydywy, przypadają trzy na przypadki, gdzie blizna po wyciętym wrzodzie nie okazywała żadnych zboczeń, a cztery, w których we wyciętéj bliźnie stwardniałość ponownie się wytworzyła. (Dok. nast.)

II. Trzecia seryja laparotomij dokonanych z powodu niedrożności jelit.

Podał **Prof. Dr. Obaliński**.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

Powyższe przypadki nastręczają mi sposobność do następujących ogólnych uwag:

1) Wyszczególniając po prostu, że z dwudziestu operowanych wyszło sześciu, a więc 30%, uwydatniam zarazem i wielki zysk przez to osiągnięty, osobliwie jeżeli się zważy, że każdy z tych uratowanych przypadków musiałby niewątpliwie zginąć. Rozpatrując się więc w tém zestawieniu nabieram otuchy, ze dzisiaj nie stoimy już tak bezbronni w obec grożącego nam nieprzyjaciela. Otucha ta staje się tém silniejszą, jeżeli zważymy, że z postępującém doświadczeniem poprawiają się i wyniki; jeżeli bowiem otrzymałem na pierwszych dziesięć przypadków tylko dwa dodatnie, to w drugiéj dziesiątce było ich już cztery. A wszakżeż przypadki te nie były dobierane, operowano wszystko, co się tylko nadarzyło. Wyrzućmy przypadki, w których bardzo mała albo prawie żadnéj nie było nadziei dobrego skutku, to otrzymamy i odsetek śmiertelności znacznie mniejszy; lecz sztucznie otrzymany rezultat nie może sprawić zadowolenia podobnie jak sztucznie ułożony budżet. Ja wiem o tém, że mój odsetek śmiertelności jest większym niż wypada odsetek z ogólnego zestawienia znanych dotąd przypadków laparotomij podjętych w celu przywrócenia drożności jelit, ale i wiem z drugiéj strony, że zestawiłem wszystkie moje przypadki, gdy nie mam pewności, czy wszystkie są zebrane po stronie przeciwnéj, a to z pewnością w ten sposób, że żadnego nie brakuje z dobrym wynikiem, gdy ujemne przypadki częstokroć z umysłu, a czasem i z innych powodów, nie bywają ogłaszane. Jak już wyżéj powiedziałem nie mam powodów być niezadowolonym z dotychczas otrzymanych wyników; jestem jednak prawie pewnym, że przy postępie w rozpoznawaniu przyczyn niedrożności i przy coraz większéj wprawie operacyjnéj mogę się spodziewać coraz to lepszych rezultatów.

2) Najlepszy pogląd na powyższe moje przypadki daje następująca tabliczka:

	Rodzaj niedrożności	Suma	Wynik dobry	Śmierć
Mechaniczna	*Incarceratio-Strangulatio-Torsio*	11	5	6
	Invaginatio	3	—	3
	Strictura neoplasmatica	1	—	1
Funkcyjonalna	*Peritonitis perforativa*	3	—	3
	Peritonitis circumscripta	1	1	—
	Graviditas extrauterina	1	—	1

Pobieżny rzut oka poucza nas, że lepszy rezultat osiągnąłem tam, gdzie przyczyna mechaniczna wywołała niedrożność a między niemi najlepszy w kolumnie pierwszéj obejmującéj przypadki uwięzgnienia, zadziergnienia lub skręcenia jelit; rezultat ten byłby o wiele świetniejszym, gdyby w tych przypadkach, które zakończyły się śmiercią, operacyja była przedsięwziętą wcześniéj.

Wgłobienia dały mi już znacznie gorszy rezultat, również i zwężenie skutkiem nowotworu, pierwsze dla tego, że wgłobienia w ogóle ze znaczniejszemi zmianami w ścianach są połączone, a więc i opóźnienie z operacyją o wiele łatwiéj wydarza się niż w poprzednich; drugie dla tego, że one wymagają nadto kolistéj resekcyi jelita i enterorafii, które same dla siebie już są zabiegiem znacznym, a więc i rokowanie w ogóle obciążającym.

Drugi rodzaj niedrożności był funkcyjonalny, wywołany po największéj części przez zapalenie otrzewny i dał się na pięć przypadków tylko raz usunąć przez laparotomiję, a mianowicie tam, gdzie zapalenie to było ograniczoném do małego obszaru. W trzech przypadkach mieliśmy zapalenie ropne otrzewny wywołane przez przebicie jelita (*peritonitis perforativa*), które dla tego nie było rozpoznaném jako takie, że tutaj treść jelit nie dostała się do wolnéj jamy otrzewnowéj, lecz jelita przez proces zapalny, poprzedzający przebicie, zostały poprzednio ze sobą posklejane. Z tegoto powodu nie mieliśmy w tych przypadkach tego charakterystycznego nagłego zapadu, jaki postrzegać możemy tam, gdzie treść jelit dostaje się wprost do jamy otrzewnowéj. Tutaj mieliśmy wprawdzie także zapad, lecz inny, a mianowicie taki, jaki spostrzeganym bywa zazwyczaj w ropném zapaleniu otrzewny, tj. rozwijający się powoli. To też ro-

dzaj zapadu, osobliwie w początkach choroby i obok innych przypadów, może być bardzo dobrze jako czynnik rozpoznawczy wyzyskanym. I tak np. nie widziałem zapadu we wszystkich moich przypadkach pomyślnie zakończonych, chociażby, jak to było w przypadku 19ym, choroba trwała i dłużéj; gdzie zapad powoli się wytwarzał, tam znaleźliśmy zapalenie otrzewny włóknikowo-ropiaste, czy ono było wywołaném przez mechaniczne zamknięcie jelita, czy też połączoném było z przebiciem się treści. Że nawet skręt może i to dosyć szybko doprowadzić do zlepnoropiastego zapalenia otrzewny, wyjaśniają nam najlepiéj przypadki 20ty i 17ty, z których w pierwszym znaleziono jedno i drugie wybitnie rozwinięte; w drugim zaś na szczycie skrętu dopiero rozpoczynający się proces zapalny.

Najcharakterystyczniéj występuje zapad w razie przebicia się treści do wolnéj, tj. przez poprzedzający proces zapalny niezlepionéj, otrzewny, czego klasyczne przykłady mamy w przypadkach, w których po zeszyciu resekowanego jelita kał wydostaje się pomiędzy szwami do jamy otrzewnowéj. Przypadek pod l. 15 opisany daje do tego wyborną ilustracyję: u pacyjentki przez 9 godzin po operacyi dobrze się mającéj występuje stolec a tuż po nim ból brzucha i zapad nagły zakończony w 6 godzin późniéj śmiercią. Rozróżnianie to jest tém ważniejszém, ile że na niém oprzeć możemy i rokowanie; gdzie nie ma zapadu, tam *caeteris paribus* przypuścić należy niedrożność mechaniczną bez towarzyszącego zapalenia otrzewny a tém samém wolno też dobrze rokować; gdzie mamy zapad nagły, tam szybko operując możemy stosunkowo lepiéj rokować niż tam, gdzie zapad rozwijał się powoli, gdyż w pierwszym razie treść jelit może być dokładnie usuniętą i otwór zaszytym, w drugim zaś zlepne zapalenie stawia największy opór antyseptyce.—Z tego wypływa nauka, że gdzie mamy jakie takie wskazania do operacyi, powinniśmy operować jak najwcześniéj, gdzie zaś jest wątpliwość, nie należy przynajmniéj bardzo zwłóczyć.

3) Wynik dobry laparotomii nie zależy tylko od samych dobrych warunków, które w organizmie operowanego znajdujemy, lecz także w wielkiéj części od techniki operacyjnéj a więc od warunków przez samego operatora stworzonych. Wielką rolę odgrywa tutaj wprawa tak co do antyseptyki w ogólności, jak i co do szczegółów saméjże operacyi; dozwala ona na prędsze oryjentowanie się przy odszukaniu miejsca niedrożnego a tém samém przyczynia się do skrócenia czasu, w którym otrzewna wystawioną być musi na działanie powietrza i innych wpływów.

Mając już poważną cyfrę tych operacyj za sobą, chcę tu zwrócić uwagę kolegów, którzy albo mniéj sposobności mieli do tychże, albo wcale ich jeszcze nie wykonywali, na pewien szczegół, oryjentacyję nader ułatwiający. Wiadomą jest rzeczą, że tam, gdzie mamy rzeczywistą, tj. przez mechaniczną przeszkodę wywołaną niedrożność, już w krótkim czasie, bo po upływie 24 do 48 godzin, powstaje rozdęcie jelita powyżéj miejsca niedrożnego, podczas gdy część jelita poniżéj niego się znajdująca albo pozostaje w rozmiarach prawidłowych, albo nawet bywa z powodu czczości smuklejszą. Najlepiéj postrzegamy to przy operacyi przepukliny uwięzgniętéj a nawet doznajemy z tego powodu pewnych trudności, jak np. przy enterorafii po kolistéj resekcyi jelita. Mimo to, że objaw ten tak ogólnie jest znanym, nikt dotąd na niego nie zwrócił uwagi, aby go w celach dyjagnostycznych wyzyskać. To pewna, że od czasu, jak na ten szczegół uważam, o wiele łatwiéj i prędzéj oryjentuję się, a kto wie, jak trudno jest częstokroć nawet i przy sekcyi, gdzie wygodnie cały brzuch rozcinamy, rozpatrzeć się, ten pojmie doniosłość każdego ułatwienia tam, gdzie ograniczeni być musimy do cięcia nieznacznego, dozwalającego zaledwie przesunąć rękę do wnętrza jamy brzusznéj. Jeszcze w tych przypadkach, w których przyczyna niedrożności przedstawia się w kształcie sznurka, guza lub tym podobnego tworu, rozpoznanie i odszukanie go bywa dosyć łatwém, lecz rozpoznanie skrętu np. sprawić może dosyć znaczne trudności. Kilka przykładów wyjaśni tę rzecz lepiéj. W jednym z moich przypadków odszukałem skręt, lecz nie byłem pewnym, czy on był przyczyną niedrożności i gdyby nie stolec, który się pokazał jeszcze przed zaszyciem brzucha, byłbym pozostawał w niepewności co do osiągnięcia zamierzonego celu. W podobném położeniu znajdowałem się i w przypadku siedemnastym, tylko że tutaj zwracałem już uwagę na ów stosunek rozszerzonych i zwężonych pętli jelitowych, tak iż po zniesieniu skrętu spostrzedz mogłem, jak się zatrzymana treść jelitowa daléj posuwać i zwężona pętla rozszerzać zaczyna. Również i brak tego objawu da się zużytkować w celach dyjagnostycznych, jak to miało miejsce w przypadku drugim seryi drugiéj (z rzędu dziesiątym), w którym nie znalazłszy owego objawu, lecz jelita wszędzie jednako miernie rozdęte, nie czyniłem już dalszych poszukiwań za mechaniczną przeszkodą, lecz zadowoliłem się znalezioną wypociną włóknikowo ropiastą w okolicy kątnicy, po usunięciu któréj ze spokojem jamę brzuszną zamknąłem, a dobry wynik potwierdził słuszność mego zapatrywania.

Omawiając technikę wspomnieć muszę również o oczyszczaniu jamy brzusznéj, którego dokonywam ciepłym 3% roztworem borowym obficie do jamy brzusznéj wlewanym i aseptycznemi gąbkami wymaczywanym. Kwas borowy będąc równie dobrym środkiem antyseptycznym jak karbol, ma przed nim tę zaletę, że otrzewny nie drażni i po wchłonięciu nie działa szkodliwie.

4) Co do wskazań do laparotomii w obec przypadów niedrożności, to po rozpatrzeniu się w moich dwudziestu przypadkach pozostać muszę przy zdaniu, które już poprzednio wyjawiłem, tj. że lepiéj jest zawcześnie operować niż za późno. Na tych dwudziestu przypadków możnaby chyba tylko nad dziesiątym (drugi w drugiéj seryi) dyskutować, czy laparotomija nie była zbyteczną, chociaż każdy, kto uważnie historyję choroby tego przypadku odczyta, podzieli moje przekonanie, że bardzo prawdopodobnie mógł był się przypadek ten w razie niepodjęcia operacyi zakończyć śmiertelnie. Natomiast w kilku przypadkach stanowczo żałować mi przypadło, że za późno przystąpiłem do operacyi.

Że jednak nie przystępuję w takich razach do laparotomii na oślep i bez należytéj krytyki, niech przemówi za mną ta okoliczność, iż w ciągu tych kilku lat, w których powyższe laparotomije wykonałem, trzy razy nie zgodziłem się na zkąd inąd proponowane lub zaniechałem już zamierzonych operacyj. Osobliwie w przypadkach, w których przypady nie są piorunującemi, zwykłem wyczekiwać przez godzin kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt, dopóki się sytuacyja nie rozjaśni, naturalnie pozostawiając chorego pod ciągłą kontrolą lekarską; gdzie jednak zapad wystąpił nagle i bardzo szybko siły chorego nikną, tam radzę operować przed upływem 8—10 pierwszych godzin, gdyż tam najczęściéj mamy przed sobą przebicie się treści jelit do worka otrzewnowego, co tylko przez szybką pomoc chirurgiczną usuniętém być może.

III. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z drugiéj seryi posiedzeń w sprawie cholery odbytych w Państwowym Urzędzie Zdrowia w Berlinie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 49).

W dalszéj dyskusyi Mehlhausen zwraca uwagę, iż utrzymanie strumieni wód w czystości stanowi ważny środek profilaktyczny. Przytaczając przykłady z Wrocławia, Królewca, Poznania, że gdy wody zanieczyszczonéj używano do mycia naczyń wystąpiła cholera, przemawia za nadzorem małych strumieni między domami przepływających, które nadbrzeżni mieszkańcy, wrzucając nieczystości, zanieczyszczają.

Przemawiający następnie Neumann zapytuje, dla czego Koch zalecając różne środki zaradcze zalecał je tylko w przypadkach wybitnych a nie zalecał stósować ich w przypadkach biegunki cholerycznéj, w czasie któréj odchody również prątek choleryczny zawierają.

Odpowiadając Koch oświadcza, że zdaniem jego i lżejsze przypadki mogą wytwarzać przyrzut, należy więc z niemi podobnie jak z wybitnemi postępować. Przy téj sposobności nadmienia Koch, że niemożliwém jest podać ogólny jakiś schemat, rodzaj recepty, jak zapobiegać cholerze. Zdaniem jego każda miejscowość ma swe epidemijologiczne własności, do nich więc postępowanie stósować wypada. Tu na jedno, tam na drugie zarządzenie szczególny nacisk kłaść wypadnie, w pewnych zaś okolicznościach szczególnym stosunkom szczególnemi zapobiegać zarządzeniami. W Berlinie np. wszystkie epidemije zostawały w związku z flisakami na Sprei, w razie więc zbliżania się epidemii należy szczególną zwracać uwagę na komunikacyję na Sprei.

Virchow nadmienia, że już dawniéj w razie epidemii urządzano zakład dezinfekcyjny w punkcie oddzielania się kanałów Sprei idących do Berlina. Co do bielizny, ubrań, nadmienia, że niszczenie acz dobre nie da się przeprowadzić, gdy epidemija nieco tylko szersze przybiera rozmiary, w tych razach kwas karbolowy jako środek dezinfekcyjny na razie cennym się okazuje. Nadmienia w dalszym ciągu Virchow o doświadczeniach, jakie prof. Wolff czynił z przenośnemi aparatami dezinfekcyjnemi. Z pośród takich narządów zaleca się przyrząd Bacona, w którym działa gorąca para, ale który i do gorącego powietrza zastósować można. Ogólny wynik badań był ten, że w ciepłocie 100°C. i wyższéj żaden żywy prątek się nie utrzymał. W niektórych razach i niższe ciepłoty 98° lub 95° dawały dobre wyniki, ale nie były pewne, zwłaszcza co do dużych i grubszych sztuk, gdy 100°C. bezwarunkowo pewnie działało w znaczniejszym szeregu doświadczeń. Wolff sądzi, że przy tego rodzaju przyrządach wymagać należy dłuższego działania 100°C. a przyrządu nieodpowiadającego temu warunkowi nie można uważać za pewny. Byłoby zatém po tych doświadczeniach rzeczą wskazaną, aby w różnych miejscach znajdowały się takie przyrządy i aby przenoszono je tam, gdzie zachodzi potrzeba dezinfekcyi. W ten sposób najłacniej zapobieży się przeniesieniu cholery na odleglejsze miejsca przez bieliznę. Virchow przemawia za takiemi małemi przyrządami dezinfekcyjnemi a nie za dużemi, które wymagają transportu zanieczyszczonéj bielizny do nich i przy których nastać może pomięszanie z bielizną już oczyszczoną. Wprawdzie przy urządzaniu tych przyrządów miano to na względzie, ale w praktyce trudno będzie zawsze warunkowi temu zadość uczynić. Co do odosobnienia zgadza się Virchow z Kochem, że gdzie tylko można, wykonywać go należy, musimy bowiem przyznać, że cały szereg tych zarządzeń nie ma bezwzględnéj pewności. Mimo to podejmować je wypada, bo gdy nie pomogą, będziemy mieć uspokojenie, iż uczyniono, co było można. Tak zapatruje się Virchow i na nadzór nad komunikacyją, oględziny doraźne w wagonach nie mają na celu. aby dopatrzeć się cholery, ale już zapytanie, czy nie ma kogo chorego, znacznie przyczyni się do ochrony, będzie korzystne pod względem możliwości wpuszczenia chorych do kraju. Takie pytania nasuwają myśl o użyteczności kwarantan. Virchow dziś jeszcze nie ma za złe ludności, która może ochronić się przez kwarantany, że je zaprowadza. Co do wysp zawsze będzie Virchow za kwarantanami, tak przeciw cholerze, jak ospie, odrze itd. Na lądzie stałym z powodu skomplikowanych stosunków komunikacyjnych kwarantany nie są praktycznóm zarządzeniem. Chociaż więc zasada ich jest dobrą, są one niemożliwe do przeprowadzenia na lądzie stałym lub krajach nadmorskich mających długie granice a zarazem i komunikacyję lądem.

Z kolei przemawia Eulenberg zwracając się znów do szkodliwości małych zanieczyszczonych strumieni. Są one, zwłaszcza w razie powodzi, połączone z niebezpieczeństwem, bo w skutek nich powstają złogi nieczystości, dające grunt odżywczy dla różnych chorób zakaźnych najprzyjaźniejszy. Eulenberg odwołuje się do dwóch przykładów (Salzbach pod Wiesbadenem i Schwarzwasser pod Lignicą).

Koehler podnosi następnie okoliczności, przemawiające za zatrzymaniem rewizyi pociągów kolejowych w tych niewielkich rozmiarach, jak ona obecnie ma miejsce. Jeżeli komunikacyja okrętowa ulega nadzorowi w razie grożącéj epidemii i za nią przemawiają wszyscy znawcy, to nasunąć się może pytanie, dla czego na lądzie nie staramy się zapobiegać nawet w razach, w których można zawleczeniu cholery zapobiedz. Już z tego względu należałoby pewne zarządzenia zalecać a w szczególności dla uspokojenia publiczności, pomijając już to, co ze stanowiska naukowego za tém dałoby się przytoczyć.

Pistor zwraca uwagę, że używanie wysuszenia do odwietrzania w praktyce uledz winno pewnym ograniczeniom. Przy niektórych przedmiotach trudno osądzić, czy są suche a wykonanie téż nie zawsze jest łatwe. Jeżeli np. podłoga pokoju, w którym chory leżał, jest powalaną, co zdarza się nader często wśród uboższéj klasy, to wątpić należy, czy przy pokostowaniu np. będziemy mogli osiągnąć zupełne wysuszenie.

Koch oświadcza, że w tym razie trzeba nawet ściany świeżo wybielić, w Indyjach bielenie wielką odgrywa rolę pośród zarządzeń zaradczych. Koch uważa je wraz z wysuszeniem za jeden z najlepszych środków do odwietrzania mieszkań, byłoby też do życzenia, aby w czasach cholery znalazło jak najobszerniejsze zastósowanie. Należy pokój przez parę dni wywietrzyć, ogrzewając go zarazem, aby go, o ile można, osuszyć, potém podłogę kwasem karbolowym lub sublimatem odwietrzyć a ściany i powałę wybielić. Postępowanie to wypada w miarę potrzeby modyfikować, raz suszyć, innym razem używać kw. karbolowego, albo nawet sublimatu. W niektórych razach, gdy jest wilgoć, należy zmienić obicia lub na nowo otynkować. Lekarz tu radzić sobie winien, trudno podać dokładne instrukcyje w każdym przypadku odpowiednie.

Na zapytanie Pistora, czy istnieją dalsze próby co do sublimatu, co do którego na poprzedniém zebraniu konferencyi okazywał Koch upodobanie, usuwając kw. karbolowy na drugi plan tak, iż nieobojętnie działającemu sublimatowi dawał

pierwszeństwo nad mniéj niebezpiecznym kw. karbolowym? odpowiada Koch, że na zeszłorocznèm zebraniu mówił nie o odwietrzaniu lecz tylko o powstrzymaniu rozwoju prątków, które odróżniać wypada od właściwego odwietrzania polegającego na zabiciu drobnotworów. Co do powstrzymywania rozwoju to już ówczesne doświadczenia Kocha świadczyły, iż sublimat jak co do wszystkich innych prątków tak i co do prątków cholery zasługuje na pierwszeństwo przed kw. karbolowym. Po dalszych doświadczeniach odnosi się to także do odwietrzania. Już nadzwyczaj małe ilości sublimatu wystarczają do zabicia prątków cholerycznych. Mimo to Koch nie byłby za używaniem sublimatu do odwietrzania na wielką skalę i zaleciłby używać go tylko w razach wyjątkowych, gdzie ten środek dezinfekcyjny i sposób jego użycia mógłby być nadzorowanym przez znawców. Koch nie uważa też jednak i kw. karbolowego za wyłączny środek odwietrzający w cholerze. Przy próbach okazał on się jedynie jednym z najdzielniejszych środków, których praktycznemu użyciu nic nie stoi na przeszkodzie. Kw. karbolowy może być w każdéj chwili w dużych ilościach a małym kosztem dostarczany, daje się on łatwo przenosić i nie tworzy jak sole metalów z organicznemi istotami nierozpuszczalnych połączeń. Ze względu jedynie na te przymioty oraz na długoletnie i szerokie doświadczenie, jakie co do odwietrzających jego własności posiadamy, daje Koch kwasowi karbolowemu pierwszeństwo.

Na zapytanie Eulenberga co do nakadzań sublimatem, o jakich była wzmianka w niektórych dziennikach, a po których dopiero zalecano nakadzanie kwasem siarkawym, odpowiada Koch, że nie słyszał o nich.

Pettenkofer wyraża myśl nieco bluźnierczą, że co do środków zaradczych, jakie podejmuje się ze względu na publiczność, należałoby się ograniczyć do najtańszych, istnieją bowiem fakty okazujące, że choć się nic podobnego nie robi, epidemije nie bywają większe, Pettenkofer przypomina w tym względzie epidemiję w Bawaryi w r. 1836. Uznawano wówczas cholerę za chorobę zaduchową i na tém zapatrywaniu opierano wszelkie środki zaradcze. O odwietrzaniu w ogóle nic jeszcze nie wiedziano a odosobnienia obawiano się, gdy zaś epidemija wybuchła, kładziono nacisk na to, aby nikt nie wierzył, że chory na cholerę może zarażać, nie odosabniano zatém ani w szpitalach ani nie opróżniano mieszkań, gdyby więc zaniedbanie środków zaradczych miało być szkodliwém, to Bawaryja w r. 1836 musiałaby była bardzo źle wyjść na tém zaniedbaniu. Ale nigdy cholera nie przebiegała tak łagodnie jak wówczas. Pettenkofer chce przez tę wzmiankę wskazać, że na pominięciu czegoś w kierunku ochronnym nie wiele zależy, że choć się coś przypadkowo dostanie, to niekoniecznie szkodzi. Środki zaradcze wówczas stósowane polegały na rychłém wzywaniu pomocy lekarskiéj i na pomocy, jaką udzielano klasom uboższym przez zakładanie tanich kuchni, udzielanie pouczenia o czystości po domach. Punkt ciężkości nie może zatém leżeć w odosabnianiu chorych i odwietrzaniu, nie szkodzi zatém nic, gdy takich zarządzeń zmierzających do uspokojenia publiczności, nie bierze się z całym rygorem. Publiczność uspokajano w r. 1836 myślą, że chory na cholerę nie zaraża, a to ułatwia niezmiernie pieczę o chorych.

Kersandt sądzi, że nie byłoby pożądaném, aby zapatrywania Pettenkofera, dopiero co wyrażone, wśród publiczności rozszerzenie znalazły. Mowca odwołuje się do swego doświadczenia, z jednéj strony że cholera szerzy się przez zawleczenie z miejsca na miejsce, z domu do domu, zwłaszcza przez gromadzenie się na pogrzeb w domu zmarłego i używanie przy tém w nadmiernéj ilości pokarmów i napojów a z drugiéj strony co do korzystnego wpływu odosobnienia, opróżniania mieszkań, odwietrzania tychże itd. Widział on, że przy zachowaniu środków ochronnych, mimo kilkokrotnego zawleczenia, cholera była ograniczoną nawet w miejscach, w których innym razem grasowała. Aczkolwiek więc Kersandt zgodzić się musi z Pettenkoferem, iż w niektórych przypadkach mimo zaniedbania środków ochronnych cholera szerszych rozmiarów nie przybrała, to mimo to nie należy przytaczać tego za przykład naśladowania godny i środek uspokojenia publiczności. Może być korzystniejszém dla chorego, gdy otoczenie nie uważa choroby za zaraźliwą, ogółowi jednakże podobne postępowanie, jak je Virchow zaleca policyi sanitarnéj, przyniosłoby szkodę, pomijając już to, że publiczność lepiéj się uspokoi, gdy wiedzieć będzie, że posiada pewne środki ochrony, niż gdy jest bezsilną w obec niebezpieczeństwa i zbawienia jedynie z nieba ma oczekiwać. W mieście zatém zagrożonem przemawiałby Kersandt za środkami zapobiegawczemi, przynajmniéj za odosobnieniem, o ile można, za opróżnieniem mieszkań znanych jako ogniska zarazy z poprzednich epidemij i za zamknięciem studzien dostarczających złéj wody. Nigdy nie można się zgodzić na zostawienie losowi wszystkiego. (Pettenkofer woła w odpowiedzi, że o tém nie myślał, *superflua non nocent*).

Virchow jeszcze odpowiada Pettenkoferowi. W Berlinie w czasie epidemii r. 1848—1849 lekarze byli antikontagionistami; śmiertelność wynosiła 12 *p. M.* Powoli zaczęto się skłaniać do zapatrywań kontagionistycznych. W Bawaryi epidemije się wzmagały, w Berlinie malały. Roku 1850 śmiertelność wynosiła 1·7 *p.M.*, 1852: 0·4, 1853: 2·2, 1854 pojedyncze tylko przypadki, 1855: 3·2, 1857 i 1859 pojedyncze przypadki. Gdy kontagionistyczne zapatrywania panowały, była zatém najmniejsza śmiertelność, dopiero znów po wojnie 1866 nastała wielka i śmiertelna epidemija ze śmiertelnością 9·2 *p.M.* Należy więc być z wnioskami ostrożnym. Wszyscy uznają, że dopiero zbadać należy warunki, w jakich epidemija jest silną lub słabą. Zdaniem Virchowa są okoliczności, w których zaraźliwość przyrzutu i możliwość zachorowania staje się większą. Zaraźliwość ta ostatecznie schodzi się z czasowém i miejscowém usposobieniem Pettenkofera, na téj drodze nastanie w końcu porozumienie. Idzie tu przecież o osobiste usposobienie, ale z niego nie wypływa nic ani za ani przeciw zarażeniu, ale będziemy musieli przy ocenianiu mających się podjąć środków zaradczych pominąć wielkie zarazy. Musimy za podstawę tego co czynić mamy brać praktyczne doświadczenie, jakie lepiéj wyciągamy z pojedynczo opisanych przypadków lub grup tychże, aniżeli z wielkich epidemij i które kierowani postępującemi badaniami co do natury przyczyny chorobowéj ulepszać winniśmy. Jeżeli różnią się jeszcze zapatrywania co do przyczyny chorobowéj, mianowicie co do grzybka cholery, to jesteśmy zgodni co do poczytywania grzybka za przyczynę choroby.

Pettenkofer zabrawszy głos tłumaczy, że nie chciał powiedzieć, jakoby epidemija 1836 r. dla tego była tak małą, że nic nie robiliśmy, albo że w r. 1854 mieliśmy silną epidemiję, żeśmy coś robili. Uważa on tylko te środki ochronne za bezskuteczne a dla uspokojenia publiczności może przemawiać jedynie za taniemi.

Coler zapytuje Kocha, czy może podać wskazówki co do sposobu życia, czy np. lepiéj zastąpić chleb czarny chle-

bem białym. Wiadomo z poprzednich epidemij, że lepiéj unikać pewnych pokarmów, otóż co do tych zapytuje Coler Kocha, czy może coś podać przytaczając np. doświadczenia pod tym względem z Indyj.

Koch oświadcza, że czas za krótki, aby dokładnie omówić rzecz poruszoną. Niektóre należące tu rzeczy były zresztą omówione. Ciekawe szczegóły co do życia Europejczyków w Indyjach, rzadko cholerze ulegających, poda Koch przy innéj sposobności. Dla wojska indyjskiego przepisano osobny regulamin zachowania się.

Mehlhausen zwraca uwagę, że nie poruszono dotąd jednego ważnego punktu, jak postępować ze zwłokami zmarłych z cholery? Łatwém do pojęcia, że zwłok przewozić nie można, ale i co do obchodzenia się z niemi w miejscu potrzeba ścisłych przepisów. Odnosić się one muszą do własności trumny, odwietrzania zwłok i do czasu, w czasie którego wypada zwłoki z domu usunąć i pochować. Nędzne trumny zwykle używane dozwalają cieczom przesiąkać, co może przyczyniać się do szerzenia się przyrzutów. Policyja sanitarna winna czuwać, aby trumny zmarłych z cholery były szczelne i miały spojenia zalane smołą. Zalecałby się przepis, aby zwłoki chorych na cholerę natychmiast po śmierci zawijano w sukna lub derki zmaczane w rozczynie kwasu karbolowego lub sublimatu, i aby zwłok w domu dłużéj nie trzymano nad 24 godzin. Krótszego terminu naznaczyć nie można, bo przepis taki nie dałby się przeprowadzić. Mało zresztą domów przedpogrzebowych, a te co są, nie wystarczyłyby na przypadek epidemii. Te punkty należałoby ująć w przepisy.

Kersandt nadmienia, że większą część tego, czego żąda Mehlhausen, obejmują istniejące przepisy, Köhler zaś dodaje, że nad temi szczegółami obradowała też komisyja choleryczna, jaka się zebrała w roku zeszłym w Państowym Urzędzie zdrowia Cesarstwa Niemieckiego.

Przewodniczący zamknął obrady dziękując członkom przybyłym za udział w obradach Komisyi, a w imieniu tych ostatnich przemówił Pettenkofer. *Dr. Grabowski.*

C. Schimmelbusch: **O ciałkach krwi i jéj krzepnieniu.** (Z pracowni prof. Leberta w Hali).

Coraz nowe dowody przybywają na to, że we krwi zwierząt ssących prócz czerwonych i białych ciałek znajdują się także inne twory morfotyczne. Nieregularne kupki ziarniste, które przedtém uważano za niemające znaczenia szczątki rozpadowe, ukazały się Hayemowi (1878) jako stałe i o pewnych kształtach składniki krwi prawidłowéj. Ciałka te żółte, okrągłe, dwuwypukłe, uważa H. za postacie przejściowe, z których powstają ciałka czerwone, i które mają największe znaczenie przy krzepnięciu krwi. Bizzozero podając (1882) nieco odmienny ich obraz, nazywa je blaszkami krwi *(Blutplättchen)* i również przypisuje im pewne znaczenie przy powstaniu włóknika. Heyl i Rauschenbach widzą w blaszkach Bizzozery szczątki rozpadłych ciałek białych, ostatni nawet odmawia im wszelkiego udziału w krzepnieniu krwi. Feiertag uważa je za szczątki czerwonych kul ziarnistych Slevogta i za stopnie przejściowe ciałek białych w czerwone. Z Heylem i Rauschenbachem zgadza się Weigert o tyle, że uważa ciałka białe za najważniejsze czynniki przy wytworzeniu skrzepu. Za jądra rozpadłych ciałek białych uważa je Hlava, nie przyznając im żadnego szczególnego znaczenia. W tém się jednak różni jego zapatrywanie od poprzednich, że przypuszcza powstanie tych ciałek tylko wewnątrz naczyń. Na odosobnionem stanowisku stoi Löwit, który ma te ciałka za wydzielinę gałczenia z ciałek białych i nie przyznaje im istnienia w stosunkach prawidłowych, gdyż we krwi płynącéj przy ciepłocie ciała i braku działania zaczynowego utrzymują się w rozpuszczeniu; z krzepnięciem krwi nie mają nic wspólnego; w końcu Afanasiew wywodzi od nich ród ciałek czerwonych w ten sposób, że z nich mają powstawać ciałka czerwone z jądrem, które późniéj niknie.

Z tych niezgodnych zdań przebija jednak wyraźnie ta prawda, że we krwi wynaczynionéj w pierwszéj zaraz chwili po wyjściu z naczynia istnieją rzeczywiście w prawidłowych stosunkach ciałka, opisane przez Bizzozerę i nazwane przezeń blaszkami krwi *(Bluttplättchen)*. Można się o tém łatwo przekonać, jeżeli się szybko działając zbierze z nakłótego palca odrobinę krwi na szkiełko przedmiotowe, przykryje szkiełkiem nakrywkowém i szybko przy pewnéj wprawie przejrzy obraz. Widać je w przestrzeniach wolnych między ciałkami czerwonemi jako ciałka małe, ząbkowane, światło silnie łamiące. Przytém łatwo się przekonać, że ani białe ani czerwone ciałka nie okazują żadnych zmian, a nawet myśleć nie można o rozpadzie ciałek białych w tak krótkim czasie w znacznéj ilości, aby z nich mogły powstać blaszki opisane przez Bizzozerę. Przy użyciu tego najprostszego sposobu badania, jakotéż innych uchylających zmianę krwi przez wpływy zewnętrzne jak ciepło, zimno, powietrze, badając krew przy różnéj wysokości ciepłoty od 2°C. aż do wyższéj nad ciepłotę ciała i to krew tętniczą, żylną lub z naczyń włosowatych pochodzącą, znalazł je autor wszędzie i przypuszcza istnienie ich już we krwi płynącéj, zgodnie z Bizzozerą, którego też broni dzielnie w obec zarzutów przeciwników, lecz zaprzecza stanowczo związku ich tak ze szczątkami ciałek białych, jakotéż wytworami krzepnienia krwi. Uznawszy istnienie ich za niewątpliwe, opisuje je dokładnie jako cienkie, płaskie, bezbarwne, okrągławe tabliczki, które wprawdzie wyglądają jednostajnie, lecz mało połyskują. Talerzykowatego zagłębienia jak na ciałkach czerwonych nie widział na nich autor i uważa je za zjawiska przypadkowe, sztuczne, jako skutek użycia pewnych cieczy ustalających krew. Zewnątrz naczynia ulegają blaszki bardzo szybko zmianie, żywot ciałek krwi jest o wiele trwalszy; we krwi płynącéj stosunek jest odwrotny. Zmiany, jakie okazują te blaszki pod wpływem szkodliwych czynników, polegają na tém, że najpierw dostają brzegów ząbkowanych, potém się kurczą, stają się bardzo lepkiemi; w skutek tego skupiają się bardzo łatwo w gromadki i przyczepiają do ścian naczynia lub do szkiełka. Dalsze zmiany są tego rodzaju, że istota tych blaszek otrzymuje odmienny blask na obwodzie, niż w części środkowéj, wyróżnia się wyraźnie. Części przybrzeżne są bledsze, jednostajne i porozciągane na sposób wypustek, których długość zmienia się co chwila tak, że to przypomina ruchy ameboidalne; część środkowa jest grubo ziarnista, ciemniejsza. Późniéj część obwodowa pęcznieje, szczególniéj po dodaniu wody lub rozcieńczonego kwasu octowego i zlewa się w jednę kulę jasną. Pod wpływem rozcieńczonego kwasu octowego blednie następnie i część środkowa ziarnista, w końcu niknie, cała blaszka rozpuszcza się. Szybko rozpuszczają się blaszki także w rozcieńczonych zasadach, w 35% ługu potasowym mało się zmieniają. Co się tyczy wpływu ciał barwiących, to zabarwienie części środkowéj występuje wyraźnie, lecz dopiero wtedy, kiedy już przyszło do różnicowania w saméj blaszce; część obwodowa nie przyjmuje zabarwienia. Ta różnica w zabarwieniu skłoniła Hayema do przyznania blaszkom jądra, na co się autor

oparty na własnych doświadczeniach nie zgadza. — Obliczeń blaszek Bizzozery dokonywali Hayem i Afanasiew, ma ich być w 1mm. sz. średnio 255.000. Schimmelbusch wytyka tym autorom wiele niedokładności przy ich obliczeniach, sam nie kusi się o sprostowanie téj liczby z powodu trudności w dokładném obliczeniu, lecz twierdzi, że liczba rzeczywista o wiele przewyższa liczbę przez nich podaną. Co się tyczy związku blaszek z wytwarzaniem włóknika, to Schimmelbusch odmienne ma zapatrywanie niż Bizzozero. Tenże jakoteż Hayem przypuszczają ścisły związek, podając, że pierwsze nitki włóknika tam powstają i w gęstą siatkę się zbijają, gdzie się tworzą kupki blaszek Bizzozery. Włókienka układają się niby promienisto około tych kupek, które w ten sposób tworzą niejako środek krzepnienia. Schimmelbusch z własnych doświadczeń wysnuwa całkiem przeciwne przekonania, tj. że między kupkami owemi a pierwszemi nitkami włóknika żadnego nie ma związku; że ostatnie występują gdziekolwiek, niekoniecznie zaś najpierw tam, gdzie się B. i H. zdaje. Takie są zatém ostateczne wyniki niniejszéj pracy:

1) Blaszki krwi znajdują się prawidłowo zawsze natychmiast po wynaczynieniu we krwi żylnéj, tętniczéj, krwi naczyń włosowatych i serca zwierząt ssących. Także wewnątrz naczyń można je widzieć nawet wśród niemal prawidłowych stosunków. O żadnym nagłym rozpadzie jednych lub drugich ciałek krwi na blaszki natychmiast po wynaczynieniu nie można się przekonać; przy znaczném nagłém zniszczeniu czerwonych i białych ciałek nie spostrzega się rozpadu tychże na blaszki.

2) Blaszki krwi ssawców składają się z pierwoszcza, które się rozpada w skutek różnych wpływów na dwie chemicznie i morfologicznie różne istoty, jednorodną obwodową i środkową ziarnistą. Ziarnistéj nie można uważać za jądro.

3) Podane dotąd prawidłowe stosunki liczbowe blaszek, a szczególniéj przez klinicystów rzekomo zauważone zboczenia patologiczne co do liczby nie mogą być dokładne, ponieważ wszystkie sposoby obliczenia nie są wolne od błędów.

4) Nie udowodniono dotąd ani chemicznie ani histologicznie współudziału blaszek krwi w jéj krzepnięciu a myśl o przyczynowym stosunku między blaszkami a włóknikiem krwi już nawet za hipotezę nie może uchodzić. (*Virch. Arch.* Tom 101, zeszyt 2). *S. Świerz.*

Jaeckel: **O leczeniu morfinizmu za pomocą kokainu.**

Autor używał t. zw. skombinowanéj metody wstrzykując czterem chorym z początku po równéj części kokainu z morfinem, a następnie ujmując coraz więcéj morfinu. Jeżeli od czasu do czasu występowały gwałtowniejsze objawy, wtedy powiększał zwykle raz i to dawkę wieczorną morfinu. Metoda ta ma o tyle pierwszeństwo przed zwykłą metodą leczenia za pomocą kokainu, że nigdy nie przychodzi do tak groźnych objawów głodu morfinowego. Jako ogólny objaw po zastrzyknięciu kokainu, prawie stale występujący, było tętno częstsze i większe i uczucie podmiotowe przyjemnego ciepła. Nie tak regularnie ale stosunkowo bardzo często następowały poty. Rozszerzenie źrenic było zawsze wybitniejsze po zastrzyknięciu samego kokainu. Osłabienie i mdłości mógł J. także stwierdzić od czasu do czasu i to nie u wszystkich chorych, żółtaczkowego zaś zabarwienia skóry i obłożonego języka nigdy nie zauważył. Sen w ogóle przez ciąg całego leczenia bywał dobry, apetyt nigdy nie był znaczniéj upośledzony a rozwolnienie występowało tylko bardzo rzadko.

Reasumując swoje doświadczenia przychodzi J. do przekonania, że do odzwyczajenia zupełnego od morfinu potrzebował tylu gramów kokainu ile decigramów wynosiła dzienna dawka spożywanego morfinu przed leczeniem; prawdopodobnie jednak przy stósownéj modyfikacyi dałaby się i ta ilość jeszcze zmniejszyć. (*Deutsche med. Zeitung* Nr. 83, 1885). *Dr. Otto.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Posiedzenie zwyczajne Towarzystwa lekarzy kijowskich
z d. 28 listopada 1885 r.

Przewodniczący kol. Afanasjew. Członków obecnych 34.

1. Kol. Szadek miał odczyt o pierzchnicach płaskich (*lichen planus Wilsoni*). (Rozprawa ta będzie umieszczoną w Przeglądzie Lek.)

2. Kol. Rodzajewski miał odczyt o przypadkach odmy piersiowéj w klinice terapeutycznéj Uniwersytetu św. Włodzimierza w ciągu ostatnich lat 40 spostrzeganych. W tym zajmującym odczycie skreślił prelegent krótki rys tegoczesnego stanu wiedzy naszéj o odmie piersiowéj i uczynił kilka trafnych krytycznych uwag tyczących się niektórych stron téj kwestyi. Zestawiwszy 36 przypadków téj choroby spostrzeganych w klinice prof. Möhringa w Kijowie, kol. R. przytoczył też krótkie historyje ciekawszych przypadków.

W dyskusyi kol. Afanasjew przytoczywszy kilka przypadków w prywatnéj praktyce spostrzeganych wypowiedział zdanie, iż odma piersiowa wikłająca w początku niektóre przypadki gruźlicy wywiera niekiedy pomyślny wpływ na chorobę pierwotną i nawet wstrzymuje niekiedy szybki przebieg suchot. *Dr. Karol.*

W ostatnim numerze Przeglądu Lekarskiego umieściłem sprostowanie przemówienia mojego o operacyjach kamienia pęcherza moczowego, które w protokole posiedzeń Towarzystwa lekarskiego z d. 21 października b. r. mylnie było podane. Dowiedziawszy się, że sprostowanie moje dotknęło kol. sekretarza, korzystam chętnie z pierwszéj sposobności nadarzającéj się, i oświadczam, że mylne podanie przemówienia mojego nie jest skutkiem winy kol. sekretarza Dra Dobruchowskiego.

Dr. Mikulicz.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w listopadzie r. 1885.

Tyfus brzuszny przybiera coraz większe rozmiary, stwierdzono go w listopadzie w 26 powiatach a w 45 gminach; do 239 chorych pozostałych z końcem października przybyło w listopadzie 678 chorych, a z ogólnéj liczby leczonych wyzdrowiało 568, czyli 61·9%, umarło 62, czyli 6·8%, pozostało w leczeniu 287 osób, w 25 gminach. Najwięcéj chorych było w trzech gminach powiatu czortkowskiego, najwięcéj gmin nawiedzonych tyfusem było w powiecie brzeżańskim, tarnopolskim, i złoczowskim (w każdym po 4 gmin).

Tyfus plamisty stwierdzono w 8 gminach 6 powiatów. Ogółem leczono 105 chorych, z tych wyzdrowiało 55, czyli 52·4%, umarło 7, czyli 6·7%, pozostało w leczeniu 43 osób, w 4 gminach.

Tyfus powrotny występujący w październiku w powiecie jaworowskim w dwu miejscowościach, w listopadzie rozszerzył się także z dość znaczną śmiertelnością w trzeciéj miejscowości tegoż powiatu. Do 15 chorych pozostałych z końcem

października przybyło w listopadzie 71, a z 86 leczonych wyzdrowiało 48, czyli 55·8%, umarło 12, czyli 14%, pozostało w leczeniu 26 osób w dwu miejscowościach.

Szkarlatyna wzmogła się znacznie, już w październiku liczba chorych była wyższą, niż w każdym poprzednim miesiącu bieżącego roku, a w listopadzie wzmogła się jeszcze bardziéj. Stwierdzono ją w 36 powiatach, w 73 miejscowościach (w październiku tylko w 47 miejscowościach). Do 303 chorych pozostałych z końcem października przybyło 1434 chorych, a z 1737 leczonych chorych wyzdrowiało 978, czyli 56·3%, umarło zaś 284, czyli 16·5%, pozostało w leczeniu 475 osób. Największéj rozszerzoną była ta choroba w powiecie jaworowskim (w 9 miejscowościach), daléj w powiecie borszczowskim (w 6 miejscowościach), w powiecie liskim, myślenickim i rzeszowskim (po 4 miejsc.), także wystąpiła ta choroba dość groźnie w pow. czortkowskim, przemyskim, staromiejskim i zaleszczyckim. Największa śmiertelność zdarzyła się w Żwiniaczu, w pow. czortkowskim i w Nowosiółce w pow. zaleszczyckim (prawie 50%).

Dyfteryja zarówno jak w latach poprzednich w ciągu listopada rozszerzyła się więcéj niż w poprzednich miesiącach bieżącego roku. Stwierdzono ją w 18 miejscowościach 13 powiatów; do 28 pozostałych z końcem października chorych przybyło w listopadzie 207 chorych, z téj liczby wyzdrowiało 98, czyli 41·7%, umarło 96, czyli 40·9%, pozostało w leczeniu 41 chorych w 8 miejscowościach. Największa śmiertelność prawie 60% zdarzyła się w Peczeniżynie, w powiecie kołomyjskim; mniéj groźnie wystąpiła choroba w mieście powiatowém Gródku, oraz w Rudzie w powiecie cieszanowskim.

Dysenteryja przygasa wprawdzie, lecz zawsze jeszcze stwierdzono ją w ciągu listopada w 19 powiatach w 29 miejscowościach. Do 319 chorych z końcem października pozostałych przybyło w listopadzie 392 chorych, a z ogólnéj liczby leczonych wyzdrowiało 562 czyli 79%, umarło 76 czyli 10·7%, pozostało w leczeniu 73 osób w 6 miejscowościach.

Odra, która we wrześniu b. r. tak dalece wygasła, że zaledwie w 7 miejscowościach w całym kraju panowała, w listopadzie została już stwierdzoną w 54 miejscowościach a w 23 powiatach, przeważnie w powiecie dąbrowskim. Do 387 chorych pozostałych z końcem października przybyło 2075 chorych, z tych wyzdrowiało 1330 czyli 54%, umarło 140 czyli 5·7%, pozostało w leczeniu 992 osób.

Koklusz zmniejsza się powoli od początku października. Do 694 chorych pozostałych z końcem tegoż miesiąca przybyło w listopadzie 1046 chorych, a z ogólnéj liczby leczonych wyzdrowiało 1189 czyli 69%, umarło 65 czyli 3·9% pozostało w leczeniu 466 chorych. Przeważnie stwierdzono koklusz w pow. krakowskim także w złoczowskim.

Ospa szerzy się od października br., w stolicy kraju nie wygasła jeszcze, toż samo panuje w 22 miejscowościach a 13tu powiatach, szczególnie w powiecie limanowskim, żywieckim, sokalskim i nowotarskim; znaczniejszą śmiertelność zanotować wypada w Ochotnicy w pow. nowotarskim, gdzie z 36 leczonych chorych w listopadzie 7ro dzieci umarło.

W ogóle leczono w listopadzie 318 chorych ospowych, z téj liczby wyzdrowiało 141 osób szczepionych czyli 63·5%, a 21 nieszczepionych czyli 21·9%; pozostało w leczeniu 67 osób szczepionych a 18 nieszczepionych.

Lwów d. 13 grudnia 1885. *Dr. Merunowicz.*

* W Państwie niemieckiém w r. 1884/5 dyplomowanych zostało 882 lekarzy, 27 dentystów, 97 weterynarzy i 420 aptekarzy.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 29 listopada do 5 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 37,3. Z odry umarło 3 (4 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (3 z. t.); z gruźlicy 10, z zapalenia płuc 10. Doniesiono w tymże czasie o 25 przypadkach odry, 1 płonicy, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 22—28 listopada umarło z ospy: w Warszawie 4, w Berlinie i Hamburgu po 1, w Monachowie 2, w Wiedniu 21, w Budapeszcie 10, w Pradze 13, w Tryjeście 1, w Rzymie 2, w Wenecyi 21, w Zurychu 1, w Paryżu 3, w Londynie 1, w Liwerpolu 2, w Petersburgu 1. Z duru osutkowego umarło: w Akwisgranie 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z wścieklizny umarło w Londynie 3. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 30, w Londynie i Petersburgu po 14. Z odry umarło: w Berlinie 11, w Bremie 14, w Gdańsku 11, w Królewcu 34, w Paryżu 19, w Londynie 62, w Liwerpolu 20. Z płonicy umarło w Berlinie 13, w Hamburgu 11, w Londynie 12, w Warszawie 8, w Petersburgu 15. Z błonicy umarło: w Berlinie 44, w Hamburgu 11, w Budapeszcie 8, w Paryżu 45, w Londynie 38, w Chrystyjanii 7, w Petersburgu 11. Z krztuśca umarło w Londynie 47, w Liwerpolu 12.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 22—28 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców; w Krakowie 32,9; w Warszawie 28,1; w Pradze 29,2; w Budapeszcie 24,6; w Wiedniu 23,3; w Tryjeście 30,5; w Berlinie 27,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Gdańsku 28,8; w Hamburgu 25,4; we Wrocławiu 20,3; w Brukseli 24,6; w Chrystyjanii 14,2; w Kopenhadze 23,0; w Londynie 20,6; w Odesie 32,6; w Paryżu 24,0; w Petersburgu 24,1; w Rzymie 26,6; w Stokholmie 20,0; w Wenecyi 28,3; w Zurychu 22,7. *J. R.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 grudnia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego kol. docent Pieniążek miał wykład o kokainie, jako środku znieczulającym miejscowo; w dyskusyi zabrali głos koll. doc. Gluziński, prof. Rydel, Dr. Szymkiewicz i Żuławski. Następnie wybrano członkami Tow. Drów Bąkowskiego i Sondermayera. Wreszcie przystąpiono do wyboru urzędników na rok przyszły. Wybrani zostali: prezesem ponownie prof. Rosner, wiceprezesem prof. Mikulicz, sekretarzem stałym Dr. Kwaśnicki, sekretarzem dorocznym Dr. Dobruchowski, podskarbim doc. Zarewicz, biblijotekarzem Dr. Murdzieński, delegatem do komisyi sanitarnéj miejskiéj prym. Paszkowski, redaktorem Przeglądu Lek. redaktor dotychczasowy, sprawozdawcą do roczników Virchowa prof. Oettinger, delegatami do Rady zawiadowczéj Tow. lek. galic. Drowie Krówczyński i Rieger we Lwowie, członkami komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lek. proff. Cybulski, Korczyński, Oettinger i doc. Jordan. Wreszcie z łona Tow. lekarzy galicyjskich wybrani zostali członkami komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lek. prof. Rydel i doc. Grabowski.

* Na posiedzeniu swém, odbytém d. 11 bm., Wydział lekarski wyznaczył Komisyję dla zastanowienia się nad kwestyją zanieczyszczenia zboża sporyszem, celem udzielenia opinii naukowéj na odnośne pytania, uczynione przez Izbę handlową krakowską i Wydział krajowy. Komisyja ta, w skład któréj wchodzą koll. Korczyński jako przewodniczący, Łazarski, Stopczański, Grabowski oraz prof. botaniki Rostafiński, jak najśpieszniéj ma przedłożyć zdanie swoje Wydziałowi lek. — Następnie na wniosek prof. Rydla uchwalił Wydział wystosować petycyję do Wys. Sejmu względem urządzenia oddziału rezerwowego dla chorych na oczy w tutejszym szpitalu św. Łazarza. Petycyja ta już przesłaną została do Lwowa na ręce p. Rektora U. J., bawiącego tamże jako członek Sejmu.

* W sobotę d. 12 bm. odbył się uroczysty akt imatrykulacyi w Uniw. Jagiell. Po przemowie Rektora prof. Łepkowskiego nowo wstępujący uczniowie złożyli ślubowanie akademickie. Liczba uczniów Uniwersytetu w r. b. dochodzi po raz pierwszy w stuleciu bieżącém do liczby 1070.

* Od 1 grudnia rb. zaprowadzono w Krakowie do wypróżnienia dołów kloacznych system pneumatyczny Talarda, polegający na tém, iż maszyna parowa, osobno w tym celu zbudowana, porusza pompę pneumatyczną, która rozrzedza o 300 a w razie potrzeby i 600 mm. rtęci powietrze w beczkach żelaznych, przez co dostają się do nich wężami częścią gutaperkowemi i najgęstsze nawet nieczystości. Gazy kloaczne wywiązujące się w znacznéj ilości przy tém pompowaniu wchodzą przy pomocy odpowiedniego mechanizmu do ogniska maszyny parowéj, gdzie spalają się na połączenia bezwonne. Tym sposobem cała procedura niegdyś dla mieszkańców miasta tak wstrętna, a nawet szkodliwa, w dodatku i powolna, odbywa się obecnie bardzo szybko (napełnianie beczki o 2 metrach sześciennych objętości trwa od 90 do 105 sekund) i z zachowaniem wszelkich możliwych ostrożności higijenicznych

* Otrzymaliśmy następującą odezwę, którą chętnie zamie-

szczamy, życząc nowopowstającemu u nas pismu fachowemu powodzenia materyjalnego; rękojmią powodzenia moralnego są koledzy w skład komitetu redakcyjnego wchodzący.

„Już dawno uznajemy potrzebę czasopisma fachowego poświęconego umiejętnościom weterynarskim. Prace polskie w zakresie tych nauk rozrzucone są w rozmaitego rodzaju pismach, a przeważnie w lekarskich i gospodarskich. Wielu téż rodaków, pragnąc wynikami swych badań i spostrzeżeń podzielić się z kolegami swego zawodu, widzi się spowodowanymi ogłaszać swe prace w obcym języku, w czasopismach weterynarskich niemieckich, francuskich lub rosyjskich.

Zjednoczyć te wszystkie rozrzucone siły i skupić prace nasze w jedném czasopiśmie, jest rzeczą pożądaną i tém pożyteczniejszą już z tego powodu, iż takie czasopismo fachowe także niejednego z kolegów zachęci do pracy literackiéj, a przedstawiając zarazem w streszczeniu postępy nauk weterynarskich, zastąpi w ręku naszych weterynarzy obce tego rodzaju pisma, a zarazem stanie w obronie stanu, któremu ze względu na naukowe wykształcenie i na ważne zadania, jakie spełnia, pracując na pożytek gospodarstwa i dobrobytu krajowego, należy się poważne w społeczeństwie stanowisko.

Urzeczywistnieniu téj myśli stała dotąd na przeszkodzie ta okoliczność, że nie było ogniska, około którego mogłyby się zespolić usiłowania naukowe naszych weterynarzy.

Gdy zaś obecnie czasopismo poświęcone umiejętnościom weterynarskim znajdzie oparcie w założonéj niedawno we Lwowie „Szkole weterynaryi", przeto grono weterynarzy lwowskich, widząc tym sposobem zabezpieczony byt takiego pisma, postanowiło już obecnie rozpocząć wydawnictwo pisma miesięcznego, poświęconego weterynaryi i hodowli zwierząt domowych, pod tytułem: *Przegląd weterynarski*, i w tym celu wybrało komitet redakcyjny, w którego skład wchodzą profesorowie szkoły weterynaryi: Dr. Antoni Barański jako naczelny redaktor. Dr. Henryk Kadyi, Dr. Józef Szpilman, a z poza grona szkoły Józef Kubicki weterynarz miejski i docent wyższéj szkoły rolniczéj w Dublanach, i Aleksander Littich c. k. weterynarz krajowy.

Przegląd weterynarski będzie wychodził początkowo raz na miesiąc w objętości co najmniéj jednego arkusza druku. Przedpłata wynosi 3 zlr. rocznie".

Lwów, we wrześniu 1885 r.

W imieniu Komitetu redakcyjnego
prof. Dr. A. Barański.
Lwów, ulica „na Rurach" 31.

* Otrzymaliśmy pismo następujące, które podajemy bez uwag ze swéj strony, oświadczając jednak gotowość umieszczenia takowych, gdyby ktoś z szan. kolegów zechciał zabrać głos w téj sprawie:

Szanowna Redakcyjo!

Jeżeli w ogóle nieprzyjemną jest, że dość często słownictwo krakowskie nie zgadza się z warszawskiém, to wprost trudną i nieznośną jest rzeczą dla piszącego, chcącego być zrozumiałym dla wszystkich, jeżeli ten sam wyraz oznacza co innego w Krakowie, a co innego w Warszawie. W tém nieprzyjemném położeniu znajduję się obecnie oddając drugi zeszyt mego podręcznika do druku i dla tego upraszam szan. Redakcyję o umieszczenie kilku następnych uwag.

Gardziel oznacza w Krakowie „*oesophagus*", a w Warszawie „*pharynx*", kiedy krakowianie tłumaczą „*pharynx*" na połyk, warszawianie „*oesophagus*" nazywają przełykiem.

Dwie drogi służą nam do wyjścia z tych zagmatwanych stosunków: albo zgodzimy się na jednolite używanie wyrazu „gardziel", albo w ogóle przestaniemy go używać.

Opierając się na Lindem i dawniejszych pisarzach uważałbym za najodpowiedniejsze tłumaczenie „*pharynx*" na „gardło", gdyż w tém znaczeniu na pierwszém ono tamże podane miejscu: „choroba inflammatyczna gardła" (*Dykcyon. med.* 6, 175, zob. Linde) „gardło mnie boli", „kęs wydrzeć z gardła". Dla tego nie pojmuję, dla czego krakowianie nie pozostali przy tém tłumaczeniu, jakie znajdujemy i w Słowniku lekarskim Oettingera, Janikowskiego i Kremera na pierwszém miejscu, *pharynx* gardło, a przyjęli wyrażenie „połyk", które tam podano jako przestarzałe. Zresztą zupełnie zgadza się to i dzisiaj z mową naszą potoczną; o ile bowiem znam sposób mówienia w rozmaitych okolicach naszéj ojczyzny, to wszyscy mówimy „mam zapalenie gardła",—pocóż więc lekarze mają inaczéj pisać?! Jeżeliby mi zaś warszawianie zarzucili, że „gardło", używa się bez określenia bliższego okolicy w ogólném znaczeniu szyi, np. „poderznął sobie gardło", „śpiewać darmo boli gardło", to im z méj strony odpowiem: 1) że ten zarzut można zastósować i do używanego przez nich wyrazu „gardziel"; Linde bowiem na pierwszém nawet miejscu tłumaczy gardziel jako „kanał pokarmowy poczynający się w gardle", którym pokarm do żołądka przechodzi (Zoolog. Narod. 25, ob. Linde) *die Speiseröhre*, a jako dalsze znaczenie podaje „rura oddechowa, krtań", *die Luftröhre*, „inszy jest gardziel, którym jemy i pijemy, a inszy, którym mówimy i śpiewamy", (Sak. Pro. 105). u nas w Księstwie i Prusiech, lud nazywa „gardzielą" tchawicę z krtanią (ulubioną zabawką dzieci jest, gdy na wsi zabijają gęsi, brać te części i dmuchając w odcięty koniec tchawicy „grać na gęsiéj gardzieli"; 2) że publiczność nielekarska używa wyrażenia tego w rozmaitém znaczeniu poprostu dla tego, że nie zna stosunków anatomicznych,—a jeżeli lekarze jednomyślnie zgodzą się na używanie jakiegoś słowa w pewném ściśłém znaczeniu, to do porozumienia się w piśmiennictwie wystarczy, mianowicie, że nikt z lekarzy wyrażenia „gardło" nie użyje w ogólniejszém znaczeniu szyi. Wszak i greckie *pharynx* oznacza w Homerze szyję, a niemieckie *Rachen* właściwie paszczę zwierząt drapieżnych. A zresztą gdybyśmy tak rygorystycznie chcieli postępować, to musielibyśmy i „połyk" uważać w tłumaczeniu niezupełnie odpowiadającém znaczeniu *pharynx*, bo owa część górna po za jamą nosową, *cavum nasopharyngeum*, właśnie przy połykaniu odgradza się podniebieniem miękkiém od części dolnéj, którą się połyka, a przecież i ta jama należy do anatomicznego określenia *pharynx*.

Z tych względów radziłbym nazywać *pharynx* gardłem.

Trudniéj znaleźć odpowiedni i równie dogodny wyraz na przetłumaczenie wyrazu *oesophagus*. Opierając się na Lindem (zob. wyż.) należałoby może, jak piszą krakowianie, używać wyrazu „gardziel". Żeby jednakże uniknąć dwuznaczności możliwéj w używaniu „gardła" i „gardzieli", a zarazem usunąć jako główny szkopuł na drodze wspólnego porozumienia wyraz, który dwie różne oznacza rzeczy, możnaby przyjąć tłumaczenie warszawskie „przełyk", boć rzeczywiście służy *oesophagus* do przełykania potraw do żołądka.

Przez takie zobopólne ustępstwo obu szkół, przyjęcie krakowskiego „gardła" a warszawskiego „przełyku", pewnie najprędzéjby można się pogodzić.

Miłoby mi było, gdyby nasi znaczniejsi językoznawcy tak ze strony Warszawy jak Krakowa, zechcieli zabrać głos w téj sprawie i wątpliwość tę ostatecznie ubić.

Chełmno 15/XI 1885. *Dr. Rydygier.*

* Rząd krajowy w Serajewie ogłasza konkurs na kilka posad prowizorycznych lekarzy powiatowych w Bośnii i Hercegowinie, z płacą 900 zlr. oraz kwaterunkowém 200 zlr. i dodatkiem 200 złr., razem 1.300 złr. Ubiegający się winni być lekarzami, którzy dyplom uzyskali w jednym z austro-węgierskich uniwersytetów, i posiadać znajomość języka serbo kroackiego, albo przynajmniéj jakiego innego słowiańskiego. Podania, zaopatrzone w należyte dowody, należy z załączeniem 40 centów na stempel bośniacki wnosić do rządu krajowego w Serajewie, najpóźniéj do d. 15 stycznia 1886.

* Nowy państwowy Urząd zdrowia powstał — w Japonii a dyrektorem jego mianowany został prof. higijeny w Tokio, Dr. Mansanori-Ogata, który przez kilka lat pracował w Monachijum, Lipsku i Berlinie.

* **Praga czeska** d. 14 grudnia. Na posiedzeniu Spolku lekařův českých docent Dr. Zit miał zapowiedziany odczyt o *Impetigo contagiosa*. Po omówieniu historyi téj choroby przychodzi prelegent na podstawie przypadków obserwowanych u dzieci w 8 rodzinach do wniosku, że choroba ta jest cierpieniem samoistném, dającém się zawsze odróżnić od *Pemphigus contagiosus localisatus* i od *Eczema impetiginosum*. Od téj ostatniéj choroby różni się to cierpienie brakiem reakcyi zapalnéj w otoczeniu skrzepów powstałych po pęknięciu pęcherzów, jakotéż brakiem świerzbienia. Jako najlepszy lek wypróbowany w swoich przypadkach poleca prelegent zmywania sublimatem (1:1000 aq.) i zasypywania kalomelem.

Prof. Janovský uważa chorobę tę za samoistną, zwraca jednak uwagę, że dopóki nie wykryje się swoistego jakiegoś mikroorganizmu, którego działanie i na drodze eksperymentu

stwierdzoném zostanie, o téj chorobie nic więcéj pewnego nie można powiedzieć. *Dr. Obrzut.*

* **Berlin**. Prezesem Rady miejskiéj po Strassmanie miał być wybrany prof. Virchow, gdy jednak odmówił przyjęcia téj godności, wybrano znów lekarza Dra Strycka.

* **Londyn**. W skutek prośby Towarzystwa lekarskiego Lord major rozpisał subskrypcyję, w celu uczczenia podarunkiem honorowym prof. Pasteura w Paryżu z powodu wynalezienia środka leczniczego przeciw wściekliźnie.

* **Petersburg**. W *Petersb. med. Woch.* Drowie hrabia Magawly, Koch, Grünewaldt i Amburger oświadczają, że prof. Leyden w Berlinie z pacyjentką bardzo wykształconą, która z listem ordynaryjusza petersburskiego udała się do niego o poradę, obszedł się w sposób nieprzyzwoity i historyi choroby czytać nie chciał. Gdy na odnośną interpelacyję ze strony powyższych lekarzy żadnéj nie udzielił odpowiedzi, oświadczają oni, że odtąd postarają się, aby chorzy przez nich wysyłani lepszéj doznawali opieki.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Graz.** Prof. baron Krafft-Ebing, dotychczasowy tytularny prof. zw. psychijatryi mianowany został rzeczywistym prof. zwyczajnym. — **Charków.** Profesor patologii i terapii szczegółowéj Dr. Kremjanski podał się do dymisyi. — **Petersburg.** Mianowany profesorem farmakologii w Warszawie Dr. Popow nie przyjął katedry i pozostaje jako asystent przy Akademii wojskowo lek. — **Wiedeń.** Docent Weichselbaum mianowany został nadzw. prof. anatomii patolog.

* **Nekrologija**. W Paryżu umarł Dr. Henryk Bouley, członek Akademii lekarskiéj, jeneralny inspektor zakładów weterynarskich. — W Berlinie umarł prezes reprezentacyi miejskiéj Dr. med. Strassmann starszy (izraelita). Jako dowód niezwykłego poszanowania, którego doznawał nieboszczyk, służy okoliczność, że pochowany został kosztem miasta Berlina, że Cesarz złożył wieniec na jego trumnie, a książe następca tronu na pogrzebie reprezentowany był przez swego adjutanta; nad grobem zaś przemówili starszy burmistrz stolicy Forbenbeck, oraz Virchow i Löwe.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 50: Szadka: *Leucoderma syphiliticum*; Heringa: Nerwice zwrotne wywołane cierpieniem jam nosowych (c. d.). W *Medycynie* Nr. 50: Rumszewicz: Przypadek podwójnéj źrenicy; Neugebauera (syna): Rozwieracz nóg dla operacyj giniatrycznych (dok.).

Piśmiennictwo lekarskie. CORNIL et BABES. Les bactéries et leur role dans l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses. Av. 145 fig. et atlas de 27 pls. col. Paris, Alcan. Fr. 25.

FOVILLE A. La législation relative aux aliénés en Angleterre et en Ecosse. 8 Paris, Baillière et fils. Fr. 5.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 1845.

KONKURS.

Zwierzchność gminna miasteczka Żurawna ogłasza niniejszém konkurs na obsadzenie posady lekarza miejskiego z płacą roczną 400 złr. Kandydaci mogący się wykazać dyplomem z ukończonych nauk medycyny i znajomości języka polskiego w urzędowaniu zechcą zgłosić się do 30 Grudnia 1885 r.

Żurawno dnia 21 Listopada 1885.

Opolski.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtor arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 26 grudnia 1885. № 52. Rok XXIV.

Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1886 **rok dwudziesty piąty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „

we Francyi i Belgii
rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja. nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu, p. Adam, Rue Clément 4. — Ogłoszenia przyjmują: Administracyja, oraz w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4 i p. Leszczyński Bd. Voltaire 104bis.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Przyczynek do kazuistyki wycinania wrzodu stwardniałego.

Podał Dr. A. Zarewicz,
prymaryjusz oddziału chorób wenerycznych i skórnych, docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 51).

Z powyższego krótkiego zestawienia wynika zatém, iż chociaż w przypadkach powyżéj przytoczonych nie osiągnięto po wycięciu wrzodu pierwotnego wyników dodatnich, ale za to w przeważnéj liczbie przypadków tak zmiany ogólne jako i powroty choroby zaliczyć należy do objawów kiły łagodnie przebiegającéj. Mimo woli jednak nasuwa się obecnie pytanie, czy ów łagodny przebieg kiły przypisać należy jedynie wycięciu wrzodu pierwotnego, czy może tylko zachowanie się dyjetetyczno-higijeniczne chorego w czasie trwania okresu pierwotnego choroby wpłynęło korzystnie na dalszy przebieg kiły. Odpowiedź jest trudną, bo jeżeli uwzględnić zechcę to, czego mnie dotychczasowe doświadczenie pouczyło, przyznać muszę, iż pośród bardzo znacznéj liczby chorych syfilitycznych, u których przebieg kiły przez równie długi czas obserwowałem, spotykałem przypadki, gdzie po leczonym tylko środkami miejscowemi wrzodzie stwardniałym występowały zmiany jeszcze łagodniéj od powyżéj przytoczonych przebiegające.

Za przykład tak łagodnie przebiegającéj kiły niechaj posłuży następujący przypadek:

J. R., lat 27 liczący, urzędnik, w dniu 10 października 1882 badany twierdzi, iż po raz ostatni spółkował w d. 2im października tegoż roku, od jak dawna jest chorym, tego dokładnie oznaczyć nie umie. Odżywienie pacyjenta jest dość dobre, wejrzenie nieco niedokrewne. Na wędzidełku znajduje się wrzód stwardniały w postaci ekskoryjacyi o nieznacznéj stwardniałości. W obu pachwinach wyśledzić można po jednym gruczole twardym, niebolesnym, średnio powiększonym. Choremu zalecono tylko leczenie miejscowe i odpowiednie zachowanie się. W dniu 5/11 wrzód był już zabliźnionym, pozostawiwszy po sobie mierną stwardniałość, przeciw któréj zalecono przylepiec rtęciowy. W dniu 13/11 pojawiły się w rowku zażołędnym dwie małe kłykciny sączące w formie lekko nacieklych ekskoryjacyj, przeciw którym zalecono pędzelkowanie rozczynem wyskokowym sublimatu. Dnia 20/11 wystąpiły na tułowiu i odnogach górnych plamy syfilityczne, które już dnia 10/12 poczęły ustępować. Kłykciny sączące w rowku zażołędnym zagoiły się. Gruczoły karkowe były po obu stronach miernie powiększone. W tym dniu chory rozpoczął zażywać jodek żelazawy. W dniu 27/12 plamy ustąpiły bez śladu a stwardniałość po wrzodzie znacznie się zmniejszyła. Do kwie-

tnia r. 1883 chory używał bez przerwy jodku żelazawego: w tym czasie widoczną tylko była plama barwikowa po wrzodzie pierwotnym, gruczoły pachwinowe zmniejszyły się, karkowe utrzymywały się jeszcze w jednakowéj mierze; odżywienie pacyjenta znacznie się poprawiło. Od tego czasu aż po dziś dzień, mimo to, że często pacyjenta badam, żadnych nawrotów choroby nie widziałem.

Sądzę, że przypadki tak łagodnie przebiegającéj kiły każdy lekarz zawodowy miał także sposobność obserwować. Przypadki jednak tego rodzaju są, zdaniem mojém, nieczęste, ale jeżeli chcemy osądzić wartość wycinania wrzodu pierwotnego, musimy je koniecznie uwzględniać.

Nie przeczę, że z 14 przypadków, które powyżéj przytoczyłem, nie można jeszcze, aczkolwiek ze względu na przebieg kiły przedstawiają się one korzystnie, wysnuwać ogólnych prawideł, są one jednak w każdym razie bardzo zachęcające do dalszych liczniejszych spostrzeżeń.

Ze stanowiska teoretycznego przemawiają za wycinaniem wrzodu stwardniałego pewne słuszne powody; albowiem jeżeli przypuścimy, iż przyczyną kiły są rzeczywiście mikroorganizmy, które w obec sprzyjających warunków w miejscu zetknięcia się wywołują po pewnym czasie odczyn, który się nam jako wrzód stwardniały przedstawia, że następnie twory te dość wcześnie szerząc się naczyniami limfatycznemi dostają się dopiero tą drogą do ogólnego krążenia, to uwzględniając te okoliczności, obowiązkiem jest naszym, aby jak najrychléj pozbywać się tego źródła zarazy, które dla organizmu dopóki się z nim styka, nie może być obojętném. W ten sposób łatwo sobie także wytłumaczyć możemy, dla czego po wycięciu wrzodu kiła przybiera przebieg łagodny. Sądzę więc, że chociaż dotychczas w znakomicie przeważnéj liczbie przypadków nie otrzymaliśmy po wycięciu wrzodu pierwotnego wyników dodatnich, toć także i ze względów co tylko przytoczonych wycinanie wrzodu stwardniałego zasługuje na rozpowszechnienie.

Wspomniałem, iż jad syfilityczny najprawdopodobniéj drogą naczyń limfatycznych dostaje się do ogólnego krążenia, nasuwa się więc pytanie, czy nie należałoby we wszystkich tych przypadkach, w których obok wrzodu stwardniałego znajdują się już powiększone gruczoły limfatyczne, takowe równocześnie z wrzodem stwardniałym wycinać. Tego rodzaju doświadczeń własnych nie posiadam jeszcze, odwołuję się jednak do doświadczeń Dra Bumma (*Vierteljahresschrift f. Dermatologie u. Syphilis*, 1882, 2 z., str. 288 i seq. *Zur Frage der Schanker-Excision*), który na siedm przypadków równoczesnego wycinania wrzodu stwardniałego wraz z zajętemi gruczołami miał tylko dwa wyniki pomyślne i do doświadczeń prof. Neumanna, który w trzech przypadkach otrzymał we wszystkich wynik ujemny (*Wiener mediz. Blätter*, 1885, Nr. 20, 21, 22). Przypadki przez Dra Bumma ogłoszone są wielkiéj doniosłości i pouczające, sądzę jednak, że w obec faktu przez prof. Fourniera stwierdzonego (*Leçons sur la syphilis*, itd. II wyd. 1881, str. 167), iż przy wrzodzie stwardniałym prócz gruczołów pachwinowych zajęte bywają także gruczoły biodrowe, wycinanie tylko samych gruczołów pachwinowych traci bardzo wiele na wartości. Rezultaty dodatnie, które Dr. Bumm otrzymał, tłumaczę sobie tém, iż w obu przypadkach jad syfilityczny nie dostał się jeszcze do głębiéj położonych gruczołów, a kiedy on się tam dostaje, o tém, jak dotąd, nie mamy najmniejszego pojęcia.

Dla uzupełnienia niniejszéj rozprawki podaję do wiadomości kolegów, interesujących się tą kwestyją, przypadek bardzo wczesnego wycięcia wrzodu stwardniałego. Przypadek ten był przez prof. Leloira (z Lille) na Zjeździe lekarskim w Kopenhadze w r. 1884, przy sposobności dyskusyi toczącéj się nad wartością wycinania wrzodu stwardniałego, przytoczonym.

W r. 1882 zasięgał porady lekarskiéj u prof. Leloira słuchacz praw, który dzień przedtém spółkował z kobietą, która miała być cierpiąca na kiłę. Prof. L. przekonał się, iż badany był najzupełniéj zdrowym, objawił jednak życzenie, aby sam mógł się przekonać o zdrowiu dotyczącéj osoby. W rzeczy saméj badanie wykazało u niéj kłykciny sączące na wargach wstydliwych. Zasięgającemu więc rady lekarskiéj zalecił prof. L., aby się codziennie starannie badał, a w końcu aby po dostrzeżeniu chociażby najnieznaczniejszéj zmiany zechciał się mu ponownie przedstawić. W 22im dniu odwiedził pacyjent prof. Leloira, twierdząc iż dzień przedtém, udając się około północy na spoczynek, mimo najdokładniejszego badania nie zauważył żadnych zmian, nazajutrz jednak po przebudzeniu się spostrzegł był na brzegu napletka mały pęcherzyk wielkości główki od szpilki. Prof. Leloir badając tego samego dnia po południu pacyjenta zauważył téjże saméj wielkości rankę, która nie okazywała żadnéj stwardniałości. Gruczoły pachwinowe były niezajęte. Natychmiast wyciął wrzód stwardniały, niedłużéj nad 14 godzin trwający, a razem z nim usunięto część napletka wielkości półfrankówki. Rana w kilku dniach zabliźniła się zupełnie i nie okazywała po zagojeniu się żadnéj stwardniałości. W sześć tygodni potém wystąpiły plamy syfilityczne, wypadanie włosów i kłykciny sączące.

Również doniosłe znaczenie mają przypadki Mauriaca i Martineaua, w których mimo to, że wycinano bardzo wcześnie wrzody stwardniałe, wystąpiły przecież objawy zakażenia ogólnego. Do tego rodzaju wczesnych wycinań z wynikiem ujemnym zaliczyć należy także mój przypadek pod l. 14 zamieszczony.

Tego rodzaju przypadki dowodzą, iż jad syfilityczny, jakiejkolwiek on jest natury, szybko się szerzy w kierunku dośrodkowym i że z tego powodu interwencyja nasza bardzo często za późno przychodzi.

Chociaż przypadki przezemnie podane nie są zachęcające z tego względu, iż w żadnym z nich nie otrzymano rezultatu pomyślnego w kierunku zapobiegania zakażeniu ogólnemu, mimo to jednak radzę wycinać wrzód stwadniały z następujących powodów:

1. Przez wycięcie usuwamy o wiele rychléj wrzód stwardniały, niż to w jakikolwiek inny sposób osiągnąć potrafimy; skracamy zatém znakomicie czas jego gojenia się. Wprawdzie w niektórych przypadkach, których jednak naprzód przewidzieć nie można, stwardniałość w bliźnie powraca, stwardniałości te jednak nie są w ustępowaniu tak uporczywe, jak te, które pozostają po wrzodzie stwardniałym, zwykłemi środkami gojonym.

2. Przez wycięcie wrzodu stwardniałego możemy, o ile się zdaje, przebieg kiły następowéj uczynić łagodniejszym.

3. W końcu nie można zaprzeczyć faktom przez niektórych lekarzy, choćby nawet unitarystów, podawanym, że w pewnych razach otrzymali oni wyniki dodatnie. Zdaje się więc, że niekiedy jad syfilityczny w bliżéj nam jeszcze nieznanych warunkach nie szerzy się szybko w kierunku dośrodkowym, że zatém w takich razach wrzód stwardniały pozostaje do pewnego czasu zmianą miejscową, któréj wycięcie może jeszcze zapobiedz ogólnemu zakażeniu.

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50).

3) Franciszek Stachnik, chłopiec 5-letni, źle odżywiony przyjęty 20 Kwietnia 1880. Wyniszczenie znacznego stopnia, skóra sucha, pokryta łuszczącym się przyskórkiem, błony śluzowe blade, w płucach objawy zapalenia nieżytowego, brzuch miernie wysklepiony, bolesny, częste rozwolnienie treścią wodnistą. Mocz zawiera ślad białka, chlorki zmniejszone. Prócz garbiaków obydwu rogówek nie przedstawia zresztą zmian żadnych. Ciepłota prawidłowa. W obserwacyi był przez dni 6, w ciągu których miewał po 6 do 9 stolców bez krwi połączonych tylko z bólem, ciepłota najwyższa wynosiła 37·6° C., tętno było bardzo słabe, przytomność do ostatniéj chwili utrzymana. Objawów wzbudzających jakieś podejrzenie o zmianach istniejących w czaszce nie było żadnych. 25 Kwietnia umarł o godz. 2 popołudniu.

Sekcyja wykonana 26 Kwietnia wykazała: *Diphtheria coli transversi et descendentis, phlegmone submuscosae et enteritis ulcerosa follicularis, hyperplasia glandul. mesaraicar. Pneumonia lobularis, bronchitis purulenta et cavernae bronchiectaticae. Anaemia universalis. Thrombosis sinus durae matris longitudinalis et torcularis Herophili.* Czaszka prawidłowa, symetryczna, opona twarda gładka, blada, miernie napięta. Tłocznia Herophila jakoteż dolny (tylny) odcinek zatoki podłużnéj zaczopowane skrzepem krwi brunatno żółtym, dość silnie przylegającym. Naczynia żylne wpadające do zatoki rozdęte, płynną, ciemno-czerwoną krwią wypełnione. Opony miękkie i mózg prawidłowe.

4) Ludwika Zabłocka, dziewczyna 2-letnia, przyjęta do szpitala 9 maja 1881. Odżywienie złe, na skórze sklepienia czaszkowego liczne strupy, jakoteż wyprysk rozlewający się, gruczoły karkowe obrzękłe. Objawy nieżytu oskrzeli, rozwolnienie mierne. Wargi sromne większe i mniejsze jakoteż część pochwy *introitus vaginae* zniszczone zgorzelą przedstawiają cuchnące, czarne strzępy tkaniny martwéj, zmięszane z miazgą brudną zielonkowatą. Ciepłota 38·9° C. W ciągu obserwacyi 9cio dniowéj stan ogólny zmieniał się, ciepłota wynosiła zawsze od 38° do 38·6°, miejscowo tylko postępował rozpad zgorzelinowy. 16/5 wystąpiły odleżyny na skroniach a w płucach objawy zapalenia nieżytowego. Ze strony narządu nerwowego środkowego nie było objawów żadnych aż do śmierci, która 18 maja 1881 o godzinie 2 rano nastąpiła.

Sekcyja wykonana 19 maja 1881 wykazała: *Gangraena vulvae. Thrombosis sinus longitudinalis nec non venarum durae matris et faciei convexae cerebri. Pneumonia lobularis bilateralis.* Czaszka prawidłowa, opona twarda gładka, blada, zatoka podłużna górna (*sinus falciformis maj.*) zatkana skrzepem krwi ciemno czerwonym po części żółtawym, dość silnie przylegającym a przechodzącym i do żył mniejszych — do żył opon miękkich obu półkol mózgu na ich wypukłości. Miąższ mózgu okazuje na przekroju korę znacznie przekrwioną wyraźnie odgraniczoną od rdzeniowéj istoty podobnież przekrwionéj. Komórki mózgowe i sploty prawidłowe.

5) Zofija Samborska dziewczyna 2 letnia, źle odżywiona, przyjęta 31 lipca 1881. Kościec prawidłowy, skóra blada, pokryta łuszczącym się przyskórkiem, podściółka tłuszczowa zanikła, mięśnie wiotkie, gruczoły karkowe i pachwinowe przerosłe, twarde. Na karku po stronie prawéj ropień wielkości orzecha laskowego. W obydwu płucach oddech zaostrzony, liczne rzężenia i furczenia. — Brzuch miernie napięty, śledziona ledwo macalna, rozwolnienie.

1 sierpnia	c. r.	39·0	c. w.	39·8	stolców	5	wodnistych.
2 „	c. r.	39·0	c. w.	39·3	„	3	
3 „	c. r.	37·3	c. w.	37·5	„	5	
4 „	c. r.	37·0	c. w.	37·0			

Dla tak znacznego podwyższenia ciepłoty żadnéj przyczyny wykazać nie mogliśmy, ciepłota obniżyła się do prawidłowéj po zastósowaniu proszków chininu (0·10 gr. — 3 razy dziennie). Przez dwa dni następne dziecię było niespokojne nie okazywało jednakowoż żadnych groźniejszych objawów ani zboczeń zarówno w sferze ruchowéj, jako też czuciowéj i psychicznéj. W ciągu dalszym obserwacyi nie zauważono podwyższenia ciepłoty, apetyt był dobry, usposobienie dość wesołe, stolców bywało po 2 do 4 na dobę, a nawet 11 sierpnia rozwolnienie ustało. Dopiero 16 sierpnia wieczorem wystąpiła nagle wśród niepokoju gorączka 40·8° C. 17/8 c. r. 38·5 c. w. 39.0° stolca nic było, pragnienie silne. — 18/8 c. r. 37·8 wymioty. — 19/8 c. r. 37·7. Niespodziewane drgawki odnóg górnych i twarzy, wśród nich wymioty, wykrzykiwanie spastyczne. Gałki oczne ustawione w dal, powieki szeroko rozwarte, spojrzenie groźne, chwilami zez rozbieżny, źrenice to rozszerzone, to się znów zwężają lecz jednostajnie, marszczenie czoła i błyskawiczne skurcze mięśni twarzowych. W płucach znaczna ilość rzężeń średniobańkowych, ruchy serca słabe, powolne, arytmiczne, tętna sprychowego wyczuć wcale nie można. Brzuch zaciągnięty, pęcherz moczowy nadmiarowo wypełniony sięga prawie powyżéj pępka. Stolca nie było. Porażeń nie ma żadnych O godzinie $11\frac{1}{2}$ rano w tym stanie umarła.

Sekcyja wykonana 20 sierpnia 1881 wykazała: Skóra blada, tkanka tłuszczowa prawie zanikła. Czaszka symetryczna prawidłowa. Zatoka żylna podłużna w połowie swego przebiegu zaczopowana skrzepem brudno czerwonym, łatwo w miazgę się rozkruszającym, dość suchym, mocno przylegającym do ścian zatoki, które nasiąkłe są wypociną ropiastą. Żyły mózgowe na powierzchni półkuli prawéj mózgu przebiegające i mające swoje ujście do miejsca zaczopowanego zatoki żylnéj podłużnéj również zaczopowane na dość znacznym obszarze skrzepem brudno czerwonym, kruchym. Około przebiegu tych żył i wzdłuż zatoki podłużnéj opona pajęcza górnéj powierzchni prawéj półkuli mózgu zmętniała, w tkaninie jéj, w przestworze podpajęczym téj okolicy, głównie zaś w najbliższém sąsiedztwie żył zaczopowanych i w oponie miękkiéj znaczniejsza ilość wypociny mętnéj żółto-zielonkowatéj ropiastéj. Istota korowa mózgu wszędzie prawidłowéj szerokości i wyraźnie od istoty rdzeniowéj odgraniczona, zabarwienia szaro-różowawego. Z istoty rdzeniowéj białéj na przekroju wydobywa się dość obficie krew w kształcie drobnych punktów i żyłek nadciętych, zwłaszcza w prawéj półkuli mózgowéj. Spójność mózgu wszędzie prawidłowa, komórki nierozszerzone zawierają mierną ilość cieczy surowiczéj przeźroczystéj, wyściółka komórek gładka i przeźroczysta, móżdżek i rdzeń przedłużony prawidłowe. Gardziel, krtań i tchawica prawidłowe. Oba płuca wolne, opłucna wszędzie gładka i połyskująca. Oba płuca w płatach górnych i wzdłuż przedniéj i wewnętrznéj powierzchni blado różowawe, w płatach dolnych blado czerwone, okazują w nielicznych ograniczonych miejscach części przybrzeżnych obu płatów dolnych małe ogniska sino zabarwione nieco pod po-

wierzchnię zaklęśnięte. Na przekroju miąższ obu płuc wszędzie zalewa się cieczą pienistą, krwawą, z wyjątkiem owych drobnych i powierzchownych tylko miejsc atelektatycznych. Gruczoły oskrzelowe prawidłowe. Serce rozmiarów prawidłowych, mięsień sercowy nieco bledszy spójności prawidłowéj. Wszystkie jamy sercowe pełne świeżych skrzepów krwi i włóknika, śródsierdzie i zastawki prawidłowe. Wątroba rozmiarów prawidłowych, miąższ brunatno czerwony o dość wyraźnym rysunku zrazikowym, wnęka i przyrząd żółciowy prawidłowe. Śledziona nieco powiększona, torebka gładka, miąższ ciemno-wiśniowy o wyraźnym rysunku szarawych ciałek Malpighiego, spójność jego prawidłowa. Nerki prawidłowe z wyjątkiem dość znacznéj niedokrewności. Błona śluzowa jelita cienkiego gładka, blada i zcieńczała, podobnie jak i ściany całego jelita, gdzieniegdzie tylko wykryć można powiększone gruczoły odosobnione i kępki Peyerowskie. Błona śluzowa górnéj części jelita grubego blada i gładka, stopniowo idąc ku dołowi staje się zgrubiałą i rozwątloną a w odbytnicy, któréj ściany są znaczniéj zgrubiałe, jest miejscami dosyć silnie zaczerwienioną, zgrubiałą i rozwątloną. Gruczoły krezkowe znacznie powiększone, blado lub sino szare, miękkie. Pęcherz moczowy znacznie rozszerzony sięga swoim szczytem aż do okolicy pępka i wypełniony jest moczem żółtawym przeźroczystym. Jego błona śluzowa blada i gładka. Rozpoznanie anatomiczne: *Thrombosis sinus longitudinalis durae matris sbsq. thrombosi venarum cerebralium et leptomeningitide seropurulenta convexitatis hemispherae dextrae cerebri. Enterocatarrhus chronicus et hyperplasia glandularum mesaraicar. Marasmus universalis.*

W żadnym z powyżéj przytoczonych przypadków, nie zauważyliśmy zatém tych objawów, które, według zdania wielu autorów mają znamionować zaczopowanie zatoki podłużnéj. Co więcéj w pierwszych 4 przypadkach nie zauważyliśmy nawet żadnego objawu, któryby naprowadzić mógł na myśl przypuszczenia jakiejkolwiek bądź sprawy chorobowéj w jamie czaszkowéj. Postać zakrzepicy w tych przypadkach była czysto uwiądowa, wywołana w przypadku I. ogólném wyniszczeniem po długotrwałém ropieniu i stłuszczeniem serca, w przypadku II podobnież wyniszczeniem po długotrwałém ropieniu przy równocześnie przebiegającéj sprawie gruźliczéj, w przypadku III wyniszczeniem w skutek zapalenia jelit mieszkowego, z końcową błonicą jelita grubego, w przypadku IV ogólném wyniszczeniem z przyczyny niewiadoméj — przypuszczalnie jednak skutkiem przebycia jakiéj ciężkiéj choroby zakaźnéj, zakończoném zgorzelą sromu. Inaczéj ma się rzecz z przypadkiem V, tu nie zauważyliśmy wprawdzie żadnych objawów miejscowych, ogniskowych, mieliśmy natomiast objawy ogólne, świadczące o jakiémś zajęciu ośrodków mózgowo-rdzeniowych. Przypady te poprzedzone były gorączką dochodzącą do 39° C., utrzymującą się przez dni cztery, poczém nastąpiła przerwa bezgorączkowa przez dni 12 aż do wystąpienia ponownéj gorączki, wymiotów i drgawek. Czy objawy te jednak zależne były od zakrzepicy zatoki? Pytaniu temu stanowczo zaprzeczyć musimy w obec rezultatu sekcyi, która wykazała zapalenie opon mózgowych świeższéj daty aniżeli zakrzepica. Objawów więc tych nie wywołała sama zakrzepica zatoki, lecz dopiero następowe zapalenie opon. Jedynie przypuścićby można, iż sprawa zapalenia ścian zatoki i zakrzepicy objawiła się na zewnątrz owém znaczném podwyższeniem ciepłoty, zauważaném zaraz po przyjęciu choréj, dla którego jednak nie mogliśmy na razie znaleźć przyczyny. W obec szybkiego obniżenia się gorączki po chininie i ustania jéj, w obec sekcyi, wykazującéj świeży obrzęk śledziony, wystąpienie owéj gorączki uważać należy za zostające w związku ze sprawą malaryczną.

Przypadek ten i z tego względu jest godnym uwagi, iż tylko opony jednéj połowy mózgu znajdowały się w stanie zapalnym, a choć sprawa zapalna dłuższy czas już trwać musiała (za czém przemawia zebranie się wypociny surowiczoropiastéj w przestworach podpajęczych i zmętnienie opon), ograniczyła się ściśle do powierzchni półkuli prawéj, któréj żyły były zaczopowane. Jeżeli kiedy, to w tym przypadku, winniśmy byli za życia spostrzegać objawy ogniskowe, tj. drgawki lub porażenie lewéj tylko połowy ciała, tymczasem tego nie było i mieliśmy drgawki ogólne, poczém zbyt szybko nastąpiło zejście śmiertelne. Wreszcie co do przyczyny zakrzepicy w tym przypadku, to wobec protokółu sekcyi, wykazującego „nasiąknięcie ścian zatoki wypociną ropiastą,“ a jako powikłanie zapalenie ropne opon miękkich półkuli prawéj, któréj żyły były też zaczopowane i znajdowały się w stanie zapalnym, nie ulega wątpliwości, iż ta powstała w skutek zapalenia żył i ścian zatoki a nie była następstwem wyniszczenia ogólnego, że byłato zatém *Thrombosis phlebitica* a nie *marantica*. Gdzież atoli znajduje się przyczyna zapalenia ścian opon i żył? Myśmy źródła tego wykazać nie mogli, gdyż czaszka okazała się prawidłową, o uderzeniu wzmianki nie było, na karku znajdował się wprawdzie ropień, nie było jednak nigdzie śladu ani przebytéj róży, ani zapalenia żył zewnętrznych lub naczyń limfatycznych.

Kończąc uwagi odnoszące się do zakrzepicy wspomnę jeszcze, iż cierpienie to spostrzegaliśmy w dalszych okresach wieku dziecięcego. Na 5 przypadków mieliśmy bowiem u dzieci lat 2 liczących 2, u 5 l. liczących 1, 7—1, $8\frac{1}{2}$—2 a mimo bardzo znacznego materyjału t. zw. *cholera infantum* nie stwierdzono ani razu zakrzepicy przy sekcyi osesków lub dzieci do lat $1\frac{1}{2}$.

E) Zakrzepica tętnicy rowku Sylwiusza.

O zakrzepicy tętnicy rowku Sylwiusza niewiele powiedzieć możemy, zauważyliśmy ją tylko w jednym przypadku i to pomimo 29 dniowéj obserwacyi szpitalnéj spostrzegaliśmy ją dopiero na stole sekcyjnym Przypadek ten wydarzył się u Zofii Gelkówny, dziewczyny 12-letniéj, miernie odżywionéj, przyjętéj do szpitala 9 listopada 1881. Kościec prawidłowy, tkanka podskórna zanikła, mięśnie wiotkie. Klatka piersiowa długa, po stronie prawéj przeważnie u góry zapadnięta, oddech płytki, często przerywany lecz niebolesny, kaszel dość rzadki. Wypuk daje po stronie prawéj aż do dolnego brzegu 3 żebra odgłos stłumiono-bębenkowy, do dolnego zaś brzegu 6 żebra w linii pachowéj odgłos przytłumiony. Po stronie lewéj nad obojczykiem stłumiony; z tyłu stłumienie nad obydwoma szczytami aż do połowy łopatek. Wysłuch daje po stronie prawéj tak z przodu jak i z tyłu i w pasze oddech jamisty, rzężenia dźwięczne i furczenia, po stronie lewéj w szczycie z tyłu oskrzelowy, poniżéj mocno zaostrzony, chuchający obok skąpych rzężeń. Wątroba i śledziona niepowiększone. Tony serca czyste. W moczu białka nie ma, w sferze psychicznéj, czuciowéj i ruchowéj zmian nie ma.—10/11 c. r. 37·0 c. w. 39.8°C. — 11/11 c. r. 37·2 c. w. 40·0.—12/11 c. r. 36·9 c. w. 40·0.—15/11 37·0 c. w. 40·0.— 16/11 c. r. 40·2 c. w. 40·3.—17/11 c. r. 37·7 c. w. 39 2.—18/11 c. r. 37 0 c. w. 39 6. W podobny sposób zachowywała się ciepłota aż do 2 grudnia, stolców bywało po kilka dziennie wolnych bez bólu i parcia, kaszel był męczący tak iż tylko po pro-

szkach morfinowych chora noc przespać mogła.—2/12 ciepłota ranna 39 5 c. w. 39.8 silny kaszel, kłucie w lewym boku. — 3/12 c. r. 39·4 c. w. 39.4 kilkakrotne wymioty, bolesność całego brzucha, tarcie opłucnowe po stronie lewéj u dołu klatki piersiowéj.—4/12 c. r. 38·4 c. w. 39·3.—5/12 38·2 c. w. 39·6. — 6/12. c. r. 38·4 c. w. 39·0. — 7/12 o godzinie 8 rano umarła nagle po wypiciu kawy.

Sekcyja wykonana 8 grudnia 1881 wykazała: Czaszka symetryczna, prawidłowa, opona twarda silnie zrośnięta z wewnętrzną powierzchnią sklepienia czaszki, blada, gładka. Opony miękkie nieco silniéj nastrzykane ale cienkie i przeświecające z wyjątkiem opony pajęczéj na wypukłości półkul mózgowych, która okazuje liczne wybujałości łącznotkankowe, opona pajęcza tamże zgrubiała, mleczno zabarwiona. Mózg, komórki mózgowe i móżdżek prawidłowe, tętnice na podstawie mózgu cienkie zawierają cokolwiek krwi ciemnéj. W lewéj tętnicy dołu Sylwiusza tkwią skrzepy krwi i włóknika brunatno-żółtego. Rozpoznanie anatomiczne: *Phthisis ulcerosa florida pulmonis utriusque, praecipue dextri. Cavernae loborum superiorum pulmonum bilaterales, pleuritis obsoleta et fibrinosa recens bilateralis. Hyperplasia glandularum bronchialium. Degeneratio adiposa cordis, hepatis et renum, et degeneratio amyloidea lienis, hepatis et renum. Enteritis follicularis ulcerosa et polyposa totius intestini crassi. Catarrhus chronicus intestini ilei. Thrombosis arteriae fossae Sylvii sinistrae.*

III. Oceny i sprawozdania.

Kraske: **O gruźliczém zakażeniu ran.**

Częste nawroty choroby po operacyjach na gruźliczo zwyrodniałych kościach i stawach odnosimy zazwyczaj do niezupełnego oddalenia chorych części, które następnie resztę rany lub bliznę na nowo zakażają. Dowodem tego jest ta okoliczność, że nigdy jeszcze nie zdarzyło się, aby po operacyi w zdrowych zupełnie tkankach, np. po amputacyi daleko od miejsca schorzałego, wystąpiła gruźlica w ranie amputacyjnéj. Również nieznane są przypadki, aby kiedykolwiek rana przypadkowa, np. u suchotników, zamieniła się w gruźliczą. Jedyny dotyczący przypadek Königa, w którym po osteotomii u dziecka rozwinęła się gruźlica w miejscu przecięcia kości, nie jest, jak to sam König przyznał, bez zarzutów.

Kraske opisuje dwa przypadki, w których takie zakażenie rany od zewnątrz miało miejsce. Były one w krótkości następujące:

1) Chłopiec jedenastoletni zachorował nagle wśród objawów durowych; po kilku tygodniach otwarto ropień w górnéj części uda, a z przetok wydobyto po 4 tygodniach kawałeczek obumarłéj kości. Po 2 latach rozszerzono utrzymujące się ciągle przetoki, a po wydłutowaniu kawałka zgrubiałéj kości wyskrobano z jamy szpikowéj granulacyje włókniste cechujące sprawę osteomyelityczną. Po miesiącu opuścił chory zakład z raną czysto brodawkującą. Po 6 miesiącach leczenia w domu znaleziono ranę niezgojoną, potworzyły się w udzie nowe przetoki z wejrzeniem gruźliczém, kość była rozmiękła i chropowata. W wyskrobanych na nowo częściach znaleziono gruzełki i prątki gruźlicze. Ważném jest, że chłopiec ten po pierwszéj operacyi leżał w domu w tym pokoju co i jego gruźlicą płuc dotknięta siostra. Tam též znajdowała się maść i inne materyjały używane do opatrywania jego rany.

2) Chłopiec 10 letni upadł na kolano, poczém utworzył się ropień w dolnéj części uda, który w domu otwarto. Przy badaniu w szpitalu znaleziono 2 przetoki. Na około nich skóra podziurawiona, sina, również $^1/_3$ zewnętrzna część przetoki wyścielona była brodawkami gruźliczemi, głębiéj znaleziono granulacyje włókniste otaczające 5 obumarłych kawałków kości. Badanie drobnowidowe wykazało w brodawkach wziętych z $^1/_3$ przetoki gruzełki i prątki gruźlicze, których nie znaleziono głębiéj w przetoce, mimo starannego szukania ich.

Oba powyższe przypadki uważa Kraske jako dowód, że rany z początku niegruźlicze zamieniły się na takie przez dostanie się przyrzutu od zewnątrz. Być może, że sprawa zapalna w kościach ułatwiła przyjęcie się na nich prątków gruźliczych, jak téż nieraz K. zauważył, że dostanie się przyrzutu gnilnego do ognisk gruźliczych przyspiesza bardzo przebieg téj ostatniéj choroby. Sądzi też K., że należałoby badać, o ile inne choroby zakaźne mają wpływ na przebieg gruźlicy, gdyż na téj drodze możeby się dał wynaleźć sposób, aby bez narażenia ustroju tak go np. przez szczepienie innego przyrzutu zmodyfikować, iż prątki gruźlicze nie znajdą w nim odpowiednich dla siebie warunków rozwoju. (*Centralbl. f. Chir.* 1885, Nr. 47). *Dr. H. Schramm.*

Wiadomosci pomniejsze.

Ω **Ichtyol przeciw gośćcowi.** Dr. Ackermann z Weimaru zachęcony pracą Lorentza używał w kilkunastu przypadkach uporczywego przewlekłego gośćca stawowego ichtyolu z bardzo pomyślnym skutkiem. Autor stósował środek ten zewnętrznie w postaci maści, zapisując go: *Rp. Ichthyoli 25,0, Mg. Parafini 100.0.* Maść tę kazał autor wcierać choremu co wieczór w dotknięty staw w ilości, odpowiadającéj wielkością orzechowi laskowemu lub włoskiemu. Następnie staw obwijano watą i bandażowano. Rano brał chory kąpiel ciepłą i cały dzień był wolnym od wszelkich innych zabiegów leczniczych; wynik leczenia był zawsze zadziwiający, jak autor go nazywa *„der überraschende und kaum erwartete Erfolg"*. (*Memorabilien* 7 zeszyt 1885).

Ω Cagnoli poleca **w ostrym gośćcu stawowym** 10% rozczyn salicylanu sodowego, który się przykłada w postaci kompresów na stawy dotknięte i pokrywa się jakąkolwiek materyją nieprzepuszczającą wody. (*The Lancet* 5 września 1885).

Ω W 30 przypadkach powierzchownych owrzodzeń, małych chronicznych wrzodów na nogach, powierzchownych zranień i róży, używał Toporów z dobrym wynikiem **opatrunku z rozczynem laku w wyskoku,** do którego dodawał często kwasu karbolowego w stosunku 2—3:100. Miejsca dotknięte pędzelkował on dwa razy dziennie. (*Allg. med. C. Ztg.* 1885, Nr. 97).

IV. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 6—12 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 41.0. Z odry umarło 1 (3 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z duru brzusznego 2 (1 z. t.); z gruźlicy 11 (10 z. t.); z zapalenia płuc 17 (10 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku odry, 1 błonicy, 1 duru brzusznego 1 róży. W tygodniu od 29 listopada do 5 grudnia umarło z ospy: w Wiedniu 18, w Warszawie 3, w Budapeszcie 11, w Pradze 14, w Tryjeście 3, w Rzymie 1, w Wenecyi 12, w Zurychu 2, w Paryżu 4. w Londynie 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 4. Z duru brzusznego umarło w Londynie 16, w Hamburgu 10, w Paryżu 39. Z odry umarło w Berlinie 10, w Gdańsku 11, w Budapeszcie 17, w Paryżu 19, w Londynie 69. w Królewcu 23. Z płonicy umarło w Warszawie 12, w Londynie 12,

w Petersburgu 19. Z błonicy umarło w Warszawie 17, w Wiedniu 12, w Berlinie 38, w Paryżu 32, w Londynie 31. Z krztuśca umarło w Londynie 58, w Liwerpolu 11.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 29 listopada do 5 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców; w Krakowie 37,3; w Warszawie 31,3; w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 23,9; w Budapeszcie 31,1; w Pradze 33,4; w Tryjeście 31,2; w Berlinie 27,9; w Gdańsku 28,2; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; we Wrocławiu 31,7; w Amsterdamie 24,8; w Bazylei 34,2; w Brukseli 23,1; w Chrystyjanii 25,2; w Kopenhadze 18,0; w Londynie 19,7; w Paryżu 22,1; w Petersburgu 27,0; w Rzymie 23,1; w Stokholmie 19,2; w Wenecyi 36,6; w Zurychu 14,7. *J. B.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 grudnia. Prof. Wróblewski będzie miał w poniedziałek d. 28 grudnia 1885 o godzinie 6éj wieczorem w nowourządzonéj sali wykładowéj fizyki (w *Collegium physicum*, ul. św. Anny 6) wykład „o posługiwaniu się światłem elektrycznem w demonstracyjach naukowych w ogólności, a o projekcyjach w odbitém świetle w szczególności“. Nie mogąc z powodu szczupłości sali prosić odrazu całego Towarzystwa lekarskiego na te demonstracyje, prof. Wróblewski uprasza tych panów członków Towarzystwa, którzy nie otrzymali pocztą kart zapraszających na 28my, aby zechcieli złożyć swe bilety, opatrzone adresem, u portyjera w *Collegium physicum*, a otrzymają zaproszenie na drugi wykład, który odbędzie się zaraz po Nowym Roku i na którym prof. Wróblewski powtórzy wszystkie demonstracyje. Wstęp na salę za okazaniem zaproszenia.

* D. 28 listopada rb. lekarze i aptekarze w Płocku obchodzili uroczyście 50-letni jubileusz zawodu lekarskiego Dra Adama Bućkiewicza. Urodzony we wsi Zubroszczyznie w Białostockiém w r. 1816 otrzymał stopień lekarza w r. 1835 w Wilnie. Ogłosił on prace z zakresu przyrodoznawstwa i medycyny i zasłużył się nietylko jako lekarz ale i jako ziemianin i obywatel. Tow. lek. warsz. na ostatniém posiedzeniu swém zaprojektowało go jednogłośnie na swego członka honorowego (*Medycyna*).

* W ostatnim numerze *Medycyny* Dr. Stecki z Hrubieszowa podaje ciekawy przyczynek do kazuistyki wścieklizny. We wsi Kułakowicach pies wściekły pokąsał świnię, która dostała wścieklizny; właściciel jéj przyszedł na szczególny koncept: wyprowadził chorą świnię do lasu i przywiązał ją do drzewa. Nazajutrz zastał z niéj tylko kości. Jest przypuszczeniem, że wilk ją spożył, przyczém nie obeszło się bez pokąsania go przez nią: wilk bowiem dostał wścieklizny i pokąsał 20 ludzi i dużo zwierząt domowych. Na rozkaz władzy Dr. St. umieścił 7 pokąsanych w szpitalu i udał się listownie do Pasteura z prośbą o poradę. W 5 dni potém Dr. St. otrzymał depeszę Pasteura z prośbą, aby na jego koszt przysłał chorych i sam z nimi przyjechał (zkądinąd wiemy, że Pasteur kazał już przygotować miejsce dla 5 Polaków. *Red.*). Gdy jednak kwestyja paszportów nie mogła być tak prędko załatwioną, jeden z 5 chorych 8-letni chłopiec zapadł na wściekliznę i 7go dnia umarł; reszta chorych témbardziéj błagała o zawiezienie ich choćby na koniec świata celem uratowania od śmierci. Ponieważ jednak 5 tygodni już upłynęło od czasu pokąsania i w obec wielkich trudności Dr. Stecki zaniechał podróży — a o losie reszty pokąsanych nie podaje wiadomości.

* Skład Rady sanitarnéj król. czeskiego na czas od 1886—1889 jest następujący: proff. Maschka, Weber i Kaulich z uniw. niemieckiego; dyrektor szpitala powszechnego Dr. Pelc, weterynarz Dr. Jarosław Stastny i prof. chemii Dr. Jan Horbaczewski z Uniw. czeskiego; z ramienia Wydziału krajowego Dr. Tedesco i prof. med. sądowéj Dr. Reinsberg (z Uniw. czeskiego); członkiem nadzw. pozostaje prof. chemii Dr. Gintl.

* W Ljubuskach w Hercogowinie od 1 stycznia 1886 opróżniona będzie posada lekarza powiatowego i gminnego (w jednéj osobie) z płacą 1200 złr. nadto 200 złr. na pomieszkanie i najmniéj 600 złr. innych dochodów. Ubiegać się o tę posadę mogą doktorowie medycyny (egzamin na fizyka nie jest wymagany), mający już niejakie doświadczenie praktyczne i znający się nieco na weterynaryi. Podania należy wnieść jak najprędzéj do „k. k. Bezirksamt in Ljubuski, Hercogowina“ i załączyć dowody uzdolnienia.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Leyda.** Dr. W. Einthoven mianowany został prof. fizyjologii i histologii. — **Dorpat.** Prof. nadzw. Dr. Rauber w Lipsku wybrany został zwyczajnym prof. anatomii. — **Praga czeska.** Docent Dr. Michl otrzymał *veniam legendi* i dla chorób usznych i nosowych.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. n. lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Maksymilijan Bett rodem z Krakowa i Stanisław Szostkiewicz rodem z Ostrowa w Galicyi.

* **Nekrologija.** W Buku w W. Księstwie Poznańskiém umarł 16 bm. Dr. Golski w sile wieku, bo zaledwie lat 45 liczący. Zmarły umiał sobie prawością charakteru i miłosiernemi uczynkami pozyskać miłość i cześć wszelkich stanów i wyznań, tak że dla całéj okolicy śmierć jego bolesnym jest ciosem. Szczególniejszą odznaczał się gorliwością o szerzenie oświaty wśród ludu: wózek jego był mu katedrą, z któréj szerzył oświatę pomiędzy ludem. *Sit ei terra levis!*

W Krakowie umarł wysłużony lekarz pułkowy Dr. Zaręczny w 72 roku życia.

W Lipsku umarł Dr. Ploss, autor wielu prac w dziedzinie lekarsko-antropologicznéj. — W Paryżu umarł farmakolog Rabuteau. — We Wiedniu umarł w 71 roku życia członek najwyższéj Rady sanitarnéj Dr. Józef Schneller, kawaler orderu korony żelaznéj i b. dziekan kolegijum doktorów, a w Zurychu znakomity oftalmolog prof. Horner.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 51: Janiszewskiego: Przyczynek do operacyi wysokiego czyli nadłonowego cięcia pęcherza moczowego. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 51: Szadka: *Leucoderma syphiliticum* (dok.); Heringa: Nerwice zwrotne wywołane cierpieniem jam nosowych (c. d.). — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 12: Widmanna: O wpływie gimnastyki na narząd krążenia.

Sprostowanie. Na str. 650 szpalta II wiersz 19, od góry: zamiast (5) powinno być (4). W téj saméj szpalcie wiersz 26, zamiast jednak powinno być jedna.

Do numeru dzisiejszego dołącza się tytuł i spis rzeczy zawartych w całym roczniku.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 11.656
pr.

OGŁOSZENIE.

W celu obsadzenia kilku posad c. k. lekarzy powiatowych rozpisuje się niniejszém konkurs do dnia 10 stycznia 1886 r.

Kandydaci mają swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyjne, wymagane ustawą z dnia 21 marca 1873 dz. p. p. Nr. 37, niemniéj dowody znajomości języków krajowych wnieść w powyższym terminie do Prezydyjum c. k. Namiestnictwa, a mianowicie kompetenci zostający już w służbie państwowéj w przepisanéj drodze służbowéj, inni zaś przez dotyczące c. k. Starostwo we Lwowie i Krakowie, wreszcie przez c. k. Dyrekcyję Policyi.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.
We Lwowie dnia 11 grudnia 1885.

L. 478. **KONKURS.**

Na posadę Asystenta kliniki chorób dziecięcych rozpisuje się niniejszém konkurs.

Z posadą tą, na 2 lata udzielić się mającą, począwszy od 1 lutego 1886 r., połączona jest remuneracyja rocznych 600 złr. i wolne mieszkanie w szpitalu św. Ludwika.

Podania należy wnieść do podpisanego dziekana do d. 10 stycznia 1886 r.

Kraków d. 22 grudnia 1885 r. *Dr. Blumenstok.*

Nakładem **Augusta Hirschwalda** w Berlinie wychodzi

CENTRALBLATT
FÜR DIE
MEDICINISCHEN WISSENSCHAFTEN

przy współudziale prof. Dr. **E. Senatora** i prof. Dr. **E. Salkowskiego** pod redakcyją prof. Dr. **M. Bernhardta.**
Tygodniowo 1—2 arkuszy w wielkiéj 8ce. Cena rocznika 20 mk.
Prenumeratę przyjmują wszystkie księgarnie i urzęda pocztowe.

Rok XXI.
GAZETA LEKARSKA

Pismo tygodniowe poświęcone wszystkim gałęziom medycyny naukowéj i praktycznéj, wychodzić będzie w r. 1886, a 21ym od założenia Gazety, według tegoż samego programu jak dotychczas.

Roczny tom Gazety Lekarskiéj zawiera przeszło 1200 stron druku, wiele drzeworytów i tablic litografowanych.

Warunki prenumeraty: w Warszawie rocznie **5 rubli**, półrocznie **2 rs. 50 kop.**, na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą rocznie **6 rubli**, półrocznie **3 ruble.**

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. Wł. Gajkiewicz** (Warszawa Marszałkowska 115).

Wydawca: **Dr. St. Kondratowicz** (Warszawa, Marszałkowska 119).

ROZBIÓR NATURALNÉJ
WODY GORZKIÉJ FRANCISZKA JÓZEFA

Siarkanu magnowego	24·785	Dwuwęglanu sodowego	1·186
„ sodowego	23·189	Chlorku magnowego	1·756
„ potasowego	0·007	Manganianu żelazowego	0·005
„ wapniowego	1·353	Kwasu krzemowego	0·010
		Wolnego i na pół wolnego kwasu węglowego	0·419
		Na 100 części co do wagi ilość stałych składników	52·296

Urzędowy chemik główny miasta Budapesztu d. 23 Listopada 1876.

Prof. M. v. Balló.
Członek węg. Akad. Umiejętn.

Na składzie w Krakowie u aptekarza K. Wiszniewskiego, J. Wentzla i W. Goldwassera, równie jak we wszystkich składach aptecznych.

DYREKCYJA w BUDAPESZCIE.

SZTUCZNE TRAWIENIE
WINO
CHASSAING
Z PEPSYNĄ i DYJASTAZĄ
Raport przychylny Akademii Lekarskiéj w Paryżu (Marzec 1864)

Zdaje nam się zbytecznem wychwalać wartość tego znanego Panom Lekarzom przetworu. Skład jego stósowny sprawił przyjęcia przez Lekarzy, a dwudziestoletnie powodzenie zawdzięczamy praktyce. Zwracamy tylko uwagę Panów Lekarzy na staranność z jaką przyrządzamy **Pepsynę i dyjastazę**, produkta, które w handlu znajdują się rzadko w stanie czystym, a które używamy po dokładnem zbadaniu.

Jesteśmy przekonani, że użycie przetworu tego wyda żądane rezultata w leczeniu: **Chorób przewodu pokarmowego**, jak bóle żołądka, niestrawność, wymioty u kobiet brzemiennych oraz u powracających do zdrowia i w leczeniu niedokrewności. **Wino Chassaing** ułatwiając przyswajanie pokarmów, jest dzielnym środkiem wzmacniającym.

W Paryżu 6 Avenue Victoria, w kraju u wielu aptekarzy.

L. 1845.

KONKURS.

Zwierzchność gminna miasteczka Żurawna ogłasza niniejszém konkurs na obsadzenie posady lekarza miejskiego z płacą roczną 400 zlr. Kandydaci mogący się wykazać dyplomem z ukończonych nauk medycyny i znajomości języka polskiego w urzędowaniu zechcą zgłosić się do 30 Grudnia 1885 r.

Żurawno dnia 21 Listopada 1885.

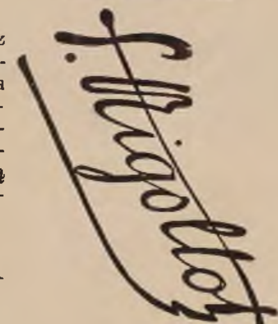
Opolski.

PAPIER RIGOLLOT.
MUSZTARDA W KARTKACH NA SYNAPIZMY.
Przyjęty w szpitalach paryskich, szpitalach wojskowych, marynarki francuskiéj i angielskiéj.

Niezbędnie potrzebny dla familij i podróżnych.

P. Rigollot przez wynalezienie sposobu umieszczenia musztardy na papierze, bez nadwerężenia jéj własności, oddał wielką usługę sztuce lekarskiéj.

Sprzedaż we wszystkich aptekach.



Synapizmy jego przewyższają wszystkie dotychczasowe naśladowania.

Każda kartka opatrzona jest jego podpisem czerwonym atramentem.

Żądać należy tego znaku dla uniknienia podrobienia.

Skład główny: 24 Avenue Victoria PARIS.

Sparadrap chirurgicale á le glu de A. Beslier.
40 rue des Blancs-Manteaux PARYŻ.

Plaster ten niepodobny do żadnego ze znanych posiada wszelkie przymioty jakich od tak dawna lekarze wymagali: wielką przychwytność, wielką podatność, łatwość przechowania, **bezwarunkową nieszkodliwość w obec skóry** nawet w obec skóry najmłodszych dzieci bez względu na czas, przez jaki z nią się styka.

Sprzedaje się pasami 1 metr długiemi w puzderku po 0·60 a pocztą 0·70.

Próbki rozseła się na żądanie bezpłatnie pocztą lekarzom francuskim i zagranicznym.

Są do nabycia we wszystkich księgarniach następujące dzieła wydane z zapomogi kasy pomocy imienia Mianowskiego:

Birch-Hirschfeld: Wykład anatomii patologicznéj. Część ogólna Przekład Dra W. Mayzla 1884 rs. 2.
J. D. Everett: Jednostki i stałe fizyczne. Przekład J. J. Boguskiego 1885. Rs. 1.20.
T. H. Huxley: Wykład biologii praktycznéj. Przekład M. Wrześniowskiego. 1883. Rs 1.
Sprawozdanie z piśm. nauk. polsk. w dziedzinie nauk matematycznych i przyrodniczych. Rok I. 1883 Rs. 1.
„ Rok II. 1884. Rs. 1.
K. Filipowicz: Wiadomości początkowe z Botaniki 1884. Rs. 1.
W. Szokalski: Początek i rozwój umysłowości w przyrodzie. 1885. Rs 3.
W. K. Mapa hydrograf. dawnéj Sławiańszczyzny. Kop. 30.
„ Tekst objaśniający. Kop. 30.

Skład główny w księgarni E. Wende i Sp.

PROSZEK MIĘSNY

wyrabia z czystego mięsa wołowego i jako nader pożywny środek dla chorych i rekonwalescentów poleca:

Apteka pod Gwiazdą Piotra Mikolascha we Lwowie.

Cena słoika 50 ct. — Dla pp. lekarzy i aptekarzy rabat.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.